

**ESTRATTO DAL VERBALE DELLE DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE**  
(SEDUTA DEL 22 FEBBRAIO 2022)

L'anno duemilaventidue, il giorno di martedì ventidue del mese di febbraio, alle ore 12.57 presso la Presidenza della Regione Lazio (Sala Giunta), in Roma - via Cristoforo Colombo n. 212, previa formale convocazione del Presidente per le ore 12.45 dello stesso giorno, si è riunita la Giunta regionale così composta:

- |                               |                        |                                  |                  |
|-------------------------------|------------------------|----------------------------------|------------------|
| 1) ZINGARETTI NICOLA .....    | <i>Presidente</i>      | 7) LOMBARDI ROBERTA .....        | <i>Assessore</i> |
| 2) LEODORI DANIELE .....      | <i>Vice Presidente</i> | 8) ONORATI ENRICA .....          | “                |
| 3) ALESSANDRI MAURO .....     | <i>Assessore</i>       | 9) ORNELI PAOLO .....            | “                |
| 4) CORRADO VALENTINA .....    | “                      | 10) TRONCARELLI ALESSANDRA ..... | “                |
| 5) D'AMATO ALESSIO .....      | “                      | 11) VALERIANI MASSIMILIANO ..... | “                |
| 6) DI BERARDINO CLAUDIO ..... | “                      |                                  |                  |

Sono presenti: *il Vice Presidente e gli Assessori Alessandri, D'Amato, Di Berardino, Orneli, Troncarelli e Valeriani.*

Sono collegati in videoconferenza: *gli Assessori Lombardi e Onorati.*

Sono assenti: *il Presidente e l'Assessore Corrado.*

Partecipa la sottoscritta Segretario della Giunta dottoressa Maria Genoveffa Boccia.

(O M I S S I S)

**Deliberazione n. 66**

**OGGETTO:** Recepimento del DM Salute 12 agosto 2021 Approvazione dello schema di “Accordo/Contratto Covid *ex art. 8 quinquies* D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. - D.L. n. 18/2020 - DM Salute 12/08/2021”, per le strutture private che hanno partecipato alla gestione dell'emergenza Covid-19.

## **LA GIUNTA REGIONALE**

Su proposta dell'Assessore alla Sanità e Integrazione Socio Sanitaria;

**VISTO** lo Statuto della Regione Lazio;

**VISTA** la Legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e s.m.i.;

**VISTO** il Regolamento regionale 6 settembre 2002, n.1 e s.m.i. concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale;

**VISTA** la deliberazione della Giunta regionale del 30 dicembre 2020, n. 1044, con la quale è stato conferito l'incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria al dott. Massimo Annicchiarico;

### **VISTI:**

- la Legge 27 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i. concernente “*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*”;
- il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni recante: “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*”;
- la Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante “*Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere*”;
- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 e s.m.i. avente ad oggetto “*Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali*”;
- la Legge Regionale 10 agosto 2010, n. 3 e ss.mm.ii., che disciplina il processo di accreditamento istituzionale definitivo delle strutture che erogano prestazioni con onere a carico del SSR;
- il DCA n. U0090/2010 del 10 novembre 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 socio-sanitarie private. L.R. n. 3/2010) e s.m.i.”;
- il DCA n. U00606 del 30/12/2016 di istituzione delle ASL “Roma 1” e “Roma 2”, di soppressione delle ASL “Roma A”, “Roma B”, “Roma C” e “Roma E” e di ridenominazione delle ASL. “Roma D” come “Roma 3”, “Roma F” come “Roma 4”, “Roma G” come “Roma 5” e “Roma H” come “Roma 6”;
- il DPCM 12 gennaio 2017 recante l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza;

- il DCA n. U00469 del 7 novembre 2017 di aggiornamento, tra l'altro, dei requisiti di accreditamento;
- l'Intesa Stato-Regioni e Province autonome del 18 dicembre 2019, rep. N. 209/CSR concernente il Patto per la salute per gli anni 2019-2021;
- 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 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 *“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, recante *“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 2020 e recepito con la DGR n. 406 del 26 giugno 2020”*;

**VISTI:**

- 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 citata l.r. n. 11/2020, continua ad applicarsi per quanto compatibile con le disposizioni di cui alla medesima l.r. n. 11/2020;
- la Legge regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: *“Legge di contabilità regionale”*;
- la Legge Regionale 30 dicembre 2021, n. 20, avente ad oggetto *“Legge di stabilità regionale 2022”*;
- la Legge Regionale 30 dicembre 2021, n. 21, avente ad oggetto *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2022-2024”*;
- la deliberazione di Giunta regionale 30 dicembre 2021, n. 992, concernente: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2022-2024. Approvazione del 'Documento tecnico di accompagnamento', ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate ed in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese”*;
- la deliberazione di Giunta regionale 30 dicembre 2021, n. 993, concernente: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2022-2024. Approvazione del 'Bilancio finanziario gestionale', ripartito in capitoli di entrata e di spesa ed assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa”*;

- la deliberazione di Giunta regionale del 18 gennaio 2022 n. 8 concernente “Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2022-2024 ed approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11.”

#### **TENUTO CONTO:**

- delle delibere del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, del 29 luglio 2020, del 7 ottobre 2020, del 13 gennaio 2021, del 21 aprile 2021, nonché del D.L. 23 luglio 2021, n. 105 (convertito con modificazioni dalla L. 16 settembre 2021, n. 126) e, da ultimo, del D.L. 24 dicembre 2021, n. 221, che hanno dichiarato e prorogato lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;
- del decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00055 del 5 marzo 2020 di istituzione dell’Unità di Crisi della Regione Lazio per la gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19, del quale l’Assessore alla Sanità è membro effettivo;
- dei decreti-legge, come convertiti in legge, dei DPCM e di tutte le ordinanze del Ministro della Salute in materia di emergenza sanitaria per la diffusione dell’infezione da SARS COV-2 emanati dall’inizio dell’emergenza sanitaria alla data odierna;
- di tutti i Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri concernenti misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-2019;
- di tutte le ordinanze del Presidente della Regione Lazio inerenti all’emergenza sanitaria;

**VISTA** la disciplina nazionale e regionale per la gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID 19;

#### **CONSIDERATO che:**

- il Servizio sanitario regionale ha approntato numerose misure volte a tracciare, monitorare e intervenire con rapidità nell’individuazione e contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2, tra le quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, la realizzazione di un piano di intervento sulle strutture sanitarie, la regolamentazione dell’ingresso in Regione, l’approvazione di specifica applicazione App Lazio Dottor per Covid, l’istituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale Regionale (USCAR) per lo svolgimento di attività di sorveglianza attiva sul territorio, a domicilio e nelle strutture altre residenziali, anche con modalità “drive in” e, da ultimo, l’avvio del piano regionale di sorveglianza epidemiologica;
- con DCA 103 del 22 luglio 2020 è stato aggiornato l’elenco delle prestazioni previste nel Catalogo Unico Regionale (CUR), inserendo le prestazioni di televisita erogabili da tutte le strutture pubbliche e private accreditate con il SSR, nel rispetto della configurazione relativa all’autorizzazione ed all’accreditamento e nelle more dell’aggiornamento nel nomenclatore tariffario e fissata la tariffa;
- con il medesimo provvedimento è stato affidato alle Aziende Sanitarie il precipuo compito, anche in occasione della negoziazione dei contratti e dell’espletamento del ruolo di committenza, come previsto dal DCA 152 del 25.07.2019, di individuare modalità utili al perseguimento dell’appropriatezza prescrittiva e verificarne l’attuazione in occasione delle attività di monitoraggio e controllo, senza ulteriori oneri a carico del bilancio regionale;
- con nota prot. n. 472488 del 29 maggio 2020 è stato trasmesso a tutte le Aziende il Piano Territoriale della fase IV dell’emergenza, nel quale è stata ribadita la necessità di assicurare modalità organizzative flessibili e modulabili, anche per quanto riguarda le risorse impegnate, prevedendo, laddove necessario, prestazioni erogate secondo un “mix” di regimi assistenziali

diversi (ad esempio, ambulatoriale, domiciliare da remoto, accessi domiciliari in presenza, semiresidenziale);

- il predetto Piano ha previsto che, in attuazione degli artt. 47 e 48 del Decreto legge 17 marzo 2020 n. 18, fino alla fine dell'emergenza sanitaria o secondo diversa disposizione regionale, se la struttura è già accreditata, sarà possibile, senza modificare il titolo di autorizzazione e accreditamento, rimodulare l'offerta assistenziale privilegiando la modalità con accesso domiciliare, o in sede con rapporto operatore/paziente commisurato alle necessità assistenziali, eventualmente integrate con interventi a distanza, previo accordo con la ASL. Tali prestazioni saranno ricomprese nel budget assegnato alla struttura che, limitatamente al periodo dell'emergenza sanitaria da COVID-19 o di altre indicazioni da parte della Regione Lazio, potrà essere utilizzato consentendo l'osmosi delle risorse attribuite prevista nell'art. 9, g.3, dello schema di accordo/contratto definito dal DCA n. U00243/2019. Osmosi prevista e consentita anche per la prosecuzione dell'attività dei centri semiresidenziali, pubblici o privati, che assistono persone con disturbi psichiatrici, neuropsichiatrici, del neurosviluppo, autistici, minori e con disturbo da abuso di sostanze e/o addiction, assicurandola a coloro che avrebbero potuto avere un grave danno dall'interruzione del trattamento in essere e per i centri che erogano assistenza semiresidenziale per persone non autosufficienti, anche anziane;
- la situazione di fatto e di diritto ad oggi esistente ha condotto alla proroga dello stato di emergenza e determinato le condizioni di eccezionalità ed urgente necessità di tutela della salute pubblica con conseguente deroga ai provvedimenti ordinari;

**PRESO ATTO** del contenuto degli atti della Direzione regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria, adottati in coordinamento con l'Unità di crisi della Regione Lazio per la gestione dell'emergenza, pubblicati sul sito regionale alla sezione coronavirus/documenti/atti, ivi compresi quelli relativi all'approvazione e all'aggiornamento del Piano dell'Emergenza Covid-19, con cui sono state attivate le varie Fasi per la gestione dell'Emergenza;

**VISTI** i seguenti provvedimenti con i quali sono stati approvati gli schemi di accordo/contratto *ex art. 8 quinquies* del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.:

- DCA n. 243/2019, 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 ai DCA n. 249/2017 – n. 555/2015 – n. 324/2015”*;
- DGR n. 689/2020, avente ad oggetto *“Definizione dei livelli massimi di finanziamento 2020 per l'assistenza sanitaria e disciplina delle regole di erogazione, remunerazione e contrattualizzazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, incluse quelle erogate nell'ambito della gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19. Approvazione Addendum al Contratto di budget ex DCA n. U00243 del 25/06/2019. Approvazione dello schema di Accordo/Contratto integrativo ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e D.L. n. 18/2020 per le strutture private che hanno partecipato alla gestione dell'emergenza Covid-19. Contrattualizzazione delle strutture interessate dal percorso di riconversione”*, con la quale sono stati approvati, tra l'altro: a) lo schema di Addendum al Contratto di budget 2019-2021; b) lo schema di Accordo/Contratto integrativo *ex art. 8 quinquies* D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e D.L. n. 18/2020 per le strutture private che hanno partecipato alla gestione dell'emergenza COVID-19;
- Determinazione n. G05057/2021 avente ad oggetto *“Approvazione dello schema di Addendum al contratto di budget ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. 2019-2021 per le strutture private accreditate - Regolamentazione delle prestazioni inerenti alla somministrazione dei vaccini anti SARS-Cov2/Covid19 per l'anno 2021”*;

**VISTA** la delibera di Giunta Regionale n. 339 dell'8 giugno 2021, avente ad oggetto *“Definizione dei livelli massimi di finanziamento 2021 per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria e disciplina delle relative regole di finanziamento, remunerazione e contrattualizzazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie”* con la quale la Regione ha stabilito, tra l'altro, che *“la disciplina di cui alla DGR 689/2020 come prevista nell'accordo/contratto integrativo vige fino alla data di adozione del Decreto Ministeriale con il quale verranno stabilite, a livello nazionale, “le modalità di determinazione della specifica funzione assistenziale e l'incremento tariffario” di cui al sopra richiamato D.L. n. 34/2020 e s.m.i.”* e che *“successivamente all'adozione del sopra richiamato Decreto Ministeriale, i criteri di remunerazione dei maggiori costi correlati alla gestione dell'emergenza COVID-19 come fissati dalla Regione, potranno dover subire modifiche in ragione della disciplina in corso di edizione – di rango superiore a quella regionale – idonea ad intervenire sulle condizioni contrattuali in vigore”*;

**VISTO** il D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla L. n. 77/2020, recante: *“Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”*, che all'articolo 2, comma 1, ha previsto che *“le regioni e le province autonome, al fine di rafforzare strutturalmente il Servizio sanitario nazionale in ambito ospedaliero, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da COVID-19 in corso, garantiscono l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, rendendo strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus Sars-CoV-2, ai suoi esiti e a eventuali accrescimenti improvvisi della curva pandemica”*; tali Piani di riorganizzazione, come approvati dal Ministero della Salute e recepiti nei programmi operativi di cui all'art. 18, comma 1, del D.L. n. 18/20, rendono strutturale la dotazione di posti letto di Terapia Intensiva con una dotazione pari a 0,14 posti letto per mille abitanti;

**TENUTO CONTO** che il citato D.L. n. 34/2020, all'articolo 4, ha previsto che:

*“1. Per far fronte all'emergenza epidemiologica COVID-19, limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei ministri 31 gennaio 2020, anche in deroga al limite di spesa di cui all'articolo 45, comma 1-ter, del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124 convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157, e in deroga all'articolo 8-sexies, comma 1-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, le regioni, ivi comprese quelle in piano di rientro, e le province autonome di Trento e Bolzano possono riconoscere alle strutture inserite nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, la remunerazione di una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID 19 secondo le disposizioni dei predetti piani e un incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID. Il riconoscimento avviene in sede di rinegoziazione per l'anno 2020 degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per le finalità emergenziali previste dai predetti piani ...omissis... ;*

*2. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sono stabilite le modalità di determinazione della specifica funzione assistenziale e l'incremento tariffario di cui al comma 1 in modo da garantire la compatibilità con il finanziamento per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2020 e con le risorse previste per l'attuazione dell'articolo 3, comma 6, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18;*

*3. La specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID-19 e l'incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID, come individuati nel decreto di cui al comma 2, sono riconosciuti, limitatamente al*

*periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, anche agli enti del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 19, lettera c), della legge n. 23 giugno 2011, n. 118, compatibilmente con il fabbisogno sanitario riconosciuto per l'anno 2020.*

*4. Nella vigenza dell'accordo rinegoziato ai sensi del comma 1, gli enti del servizio sanitario nazionale corrispondono agli erogatori privati, a titolo di acconto e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori privati, un corrispettivo, su base mensile, per le prestazioni rese ai sensi del presente articolo, fino ad un massimo del 90 per cento dei dodicesimi corrisposti o comunque dovuti per l'anno 2020;*

*5. Nelle more dell'adozione del decreto di cui al comma 2, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2020 e che vedono altresì una temporanea sospensione delle attività ordinarie in funzione anche di quanto previsto dall'articolo 5-sexies, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, la remunerazione a titolo di acconto, su base mensile, e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori privati, fino a un massimo del 90 per cento del volume di attività riconosciuto nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 stipulati per il 2020;*

*6. L'articolo 32 del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23, è abrogato”;*

**CONSIDERATO** che, ai sensi dell'art. 16, comma 1, del D.L. 24.12.2021, n. 221, il termine di cui ai suindicati commi 1 e 3, dell'art. 4 del citato D.L. n. 34/2021, essendo correlato allo stato di emergenza, è stato, da ultimo, prorogato fino al 31.03.2022;

**VISTA** la Determinazione dirigenziale del 29 dicembre 2020 n. G16441, recante l'approvazione del “Piano Regionale Vaccinazione anti SARS – CoV2: prima fase” con la quale sono state recepite le indicazioni della Circolare del Ministero della Salute n.42164 del 24 dicembre 2020 “Raccomandazioni per l'organizzazione della campagna vaccinale contro SARS-CoV-2 e procedure di vaccinazione”, sulla base del Piano strategico del Ministero della Salute del 12 dicembre 2020, di cui si è data informativa nella Conferenza Stato-Regioni del 17 dicembre 2020;

**CONSIDERATO** il Decreto del 2 gennaio 2021 con il quale il Ministero della Salute ha adottato il Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione da SARS-Cov-2, e con successivi provvedimenti ne dispone periodicamente l'aggiornamento;

**VISTA** la nota del Ministero della Salute n. 2013 del 08 febbraio 2021, registrata al protocollo regionale n.121512 del 08/02/2021, “Vaccinazione anti- SARS-COV-2 - Piano Nazionale Vaccini contro SARSCOV- 2, priorità per l'attuazione della seconda fase”;

**VISTA** la Circolare del Ministero della Salute n. 0005079 del 9 febbraio 2021 “Aggiornamento vaccini disponibili contro SARS-CoV-2/COVID-19 e chiarimenti sul consenso informato”;

**CONSIDERATO** pertanto che, in ragione della situazione emergenziale, è stata avviata una campagna vaccinale intensiva, a livello nazionale e regionale, sulla base di una serie delle disposizioni e delle raccomandazioni emanate dagli organi delle Amministrazioni competenti, compresi i provvedimenti del Ministero della Salute e della Regione Lazio intervenuti in merito ai vaccini resisi disponibili contro SARS-CoV-2/COVID-19 per le varie fasi della campagna vaccinale e all'aggiornamento del consenso informato, che qui si abbiano tutti come integralmente richiamati;

**CONSIDERATO** che sussiste la necessità, ampiamente condivisa con le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, di una sinergia tra sanità pubblica e sanità privata, che va accentuata nell'attuale scenario emergenziale, connesso alla rilevante e celere diffusione del virus SARS-CoV-2;

**RITENUTO OPPORTUNO E NECESSARIO** rafforzare la collaborazione tra l'Amministrazione sanitaria regionale e le strutture private accreditate, che abbiano sottoscritto il contratto di budget *ex art. 8 quinquies* D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. per gli anni 2019-2021, autorizzando le stesse alla istituzione di Centri Vaccinali Privati (CVP) per la somministrazione dei vaccini anti SARS-CoV-2 (Covid-19), nel rispetto di tutte le disposizioni e le raccomandazioni nazionali e regionali di cui sopra;

**RITENUTO OPPORTUNO E NECESSARIO**, altresì, considerata la persistente esigenza di incrementare l'attività della campagna vaccinale in atto, coinvolgere anche le strutture sanitarie autorizzate per l'attivazione di Centri Vaccinali Privati (CVP) per la somministrazione dei vaccini anti SARS-CoV-2 (Covid-19), nel rispetto di tutte le disposizioni e le raccomandazioni nazionali e regionali di cui sopra;

**RITENUTO NECESSARIO** coinvolgere le strutture sanitarie accreditate e/o autorizzate per l'attivazione di posti letto tecnici dedicati al trattamento in regime ambulatoriale dei pazienti dializzati COVID positivi;

**RITENUTO OPPORTUNO**, nell'ambito del comune obiettivo di fronteggiare l'emergenza e allo scopo di indirizzare le attività delle strutture private accreditate, secondo una logica di complementarità ed in coerenza con gli indirizzi regionali, nonché per fronteggiare esigenze impellenti legate all'evolversi della situazione epidemiologica e al carattere fortemente diffusivo della epidemia da Covid-19, per tutta la durata della emergenza e nei limiti della stessa, provvedere a:

- a. individuare strutture per le attività di ricovero ordinario, anche per la gestione di patologie complesse, e di ricovero post-acuzie, consentendo in tal modo di liberare posti letto per la gestione centralizzata dell'emergenza Covid-19;
- b. individuare strutture ospedaliere dedicate esclusivamente a gestire pazienti Covid-19, al fine di evitare il contagio dei pazienti affetti da altre patologie (*Rete Covid-19*);
- c. individuare strutture residenziali di Livello Assistenziale estensivo per persone non autosufficienti anche anziane dedicati a pazienti COVID e NON COVID (RSA/nuclei RSA per pazienti COVID territoriali);
- d. individuare strutture residenziali dedicate a pazienti COVID o NON COVID (es. assistenza psichiatrica, riabilitativa territoriale etc.);
- e. individuare strutture in cui attivare i CENTRI VACCINALI PRIVATI (CPV) per la somministrazione dei vaccini anti SARS-CoV2 (Covid-19);
- f. individuare strutture in cui realizzare e attivare CENTRI VACCINALI PRIVATI (CPV) per la somministrazione dei vaccini anti SARS-CoV2 (Covid-19);
- g. individuare strutture per la gestione dei pazienti dializzati COVID in regime ambulatoriale;

**PRESO ATTO** dell'Intesa rep. 133/CSR del 4 agosto 2021, ai sensi dell'articolo 4 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, sullo schema di decreto interministeriale, tra il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze, per la remunerazione di una funzione assistenziale e di un incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da COVID-19;

**TENUTO CONTO** della Relazione Tecnica allegata allo schema di decreto ministeriale di cui all'Intesa rep. 133/CSR del 4 agosto 2021;

**PRESO ATTO** che in data 19/11/2021 è stato pubblicato sulla GURI il DM Salute 12 agosto 2021, di cui all'art. 4, comma 2, del D.L. n. 34/2020, convertito con modificazioni dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77, recante: *“Remunerazione di una funzione assistenziale e di un incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da COVID-19”* con cui si è provveduto, a livello nazionale, *“alla determinazione dell'incremento tariffario per la remunerazione dei ricoveri ospedalieri per acuti di pazienti affetti da COVID-19, secondo quanto previsto al successivo art. 2, nonché alla individuazione dei criteri utili alla definizione delle funzioni assistenziali correlate all'emergenza COVID-19, che le regioni e province autonome possono riconoscere, ai sensi dell'art. 4, comma 1 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34”* (art. 1), con espressa specifica limitazione degli effetti del decreto al periodo relativo allo stato di emergenza dichiarato sul territorio nazionale (art. 7);

**RITENUTO** di recepire le disposizioni di cui al sopracitato DM 12 agosto 2021 e, nello specifico, le tariffe e i criteri di remunerazione in esso stabiliti:

- all'art. 2, con riferimento alle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti a pazienti affetti da COVID-19, inerenti alla determinazione dell'incremento tariffario massimo di riferimento, fornendo indicazioni alle Regioni sulle regole da applicare;
- all'art. 3, con riferimento alle funzioni assistenziali correlate all'emergenza COVID-19, inerenti ai criteri per la determinazione delle stesse;
- all'art. 4, con riferimento ai costi di attesa dei posti letto di ricovero ospedaliero per acuti per pazienti affetti da COVID-19, inerenti ai criteri generali per la determinazione della remunerazione massima delle relative funzioni;
- all'art. 6, con riferimento all'attività di controllo, inerenti all'obbligo per le strutture interessate di presentare, in sede di chiusura di esercizio, *“una specifica rendicontazione relativa ai costi sostenuti per le funzioni assistenziali di cui agli articoli 4 e 5 che dia evidenza dei costi sostenuti per ciascuna delle componenti di cui all'articolo 1, comma 2, e che indichi il volume di prestazioni erogate a pazienti COVID-19 e la relativa remunerazione”*, prevedendo un sistema di monitoraggio e controllo sul rispetto degli accordi contrattuali, sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese, al fine di verificare la coerenza con la rendicontazione richiesta;

**CONSIDERATO** che in virtù di quanto disposto all'art. 4, comma 6, del DM Salute del 12 agosto 2021, è stato articolato il valore massimo delle funzioni assistenziali a copertura dei maggiori costi di attesa dei posti-letto dedicati ai pazienti COVID attivati e non occupati, di cui alla relazione tecnica allegata allo schema di decreto ministeriale approvato con l'Intesa rep. 133/CSR del 4 agosto 2021, per classi di erogatore, definite considerando le caratteristiche organizzative e di attività nonché la possibilità di trattare i pazienti in modo proporzionale al fabbisogno assistenziale al fine di garantire la continuità nella transizione fra i diversi i setting di cura: (i) Hub definiti nell'ambito della rete di emergenza COVID, (ii) Spoke I, strutture in cui risultano contemporaneamente attivi posti letto di Terapia Intensiva – Semi-Intensiva - Ordinari dedicati alla gestione dell'emergenza Covid, (iii) Spoke II, strutture in cui non risultano contemporaneamente attivi posti letto di Terapia Intensiva – Semi-Intensiva - Ordinari dedicati alla gestione dell'emergenza Covid;

**RITENUTO NECESSARIO** stabilire, con riferimento ai ricoveri resi dalle strutture ospedaliere dedicate alla gestione dei pazienti COVID, i criteri di remunerazione, considerando, tra l'altro, l'incremento tariffario massimo e le funzioni assistenziali a copertura dei maggiori costi di attesa dei posti letto di ricovero ospedaliero dedicati ai suddetti pazienti, ai sensi degli art. 2 e art. 4 del DM Salute 12 agosto 2020, come riportati di seguito:

- riconoscimento di una remunerazione a tariffa per DRG al 100%, secondo le regole ordinarie vigenti, senza abbattimenti, prevedendo l'applicazione di tale criterio di remunerazione per tutte le dimissioni effettuate a partire dal 19 novembre 2021;
- riconoscimento, in relazione a ciascun episodio di ricovero, con durata di degenza maggiore di 1 giorno, la cui SDO riporti contemporaneamente (i) almeno una delle diagnosi per la malattia da SARS-CoV-2 di cui al DM Salute 28/10/2020 di seguito riportate: 043.XX, 480.4X, 518.9X, 519.7X e (ii) il codice reparto 77 (codice regionale), di una maggiorazione tariffaria pari ad euro 3.713,00 se il ricovero è avvenuto esclusivamente in area medica e, quindi, nelle specialità di reparto cod. 20, 24, 26, 37, 68, 94, e pari ad euro 9.697,00 se il ricovero è transitato in terapia intensiva. Nel caso di trasferimento di un paziente in strutture diverse l'incremento tariffario verrà riconosciuto, una sola volta, in occasione della chiusura dell'esercizio di competenza, con riferimento all'intero episodio di cura ospedaliero: l'incremento tariffario verrà applicato in funzione dell'episodio di cura (area medica/transito in terapia intensiva) e della durata presso ciascuna delle strutture in cui è avvenuto il ricovero; nel caso di trasferimento dei pazienti in reparti diversi di una stessa struttura di ricovero, l'incremento tariffario è riconosciuto una volta con riferimento all'intero episodio di cura ospedaliero;
- riconoscimento di (i) una funzione assistenziale a copertura dei maggiori costi di attesa dei posti letto di Area Medica (cod. specialità reparto 20, 24, 26, 37, 68, 94) attivati e non occupati dedicati ai pazienti COVID articolata per classi di erogatori: tariffa per posto-letto/die non occupato di euro 447,00 per le strutture identificate come Hub, euro 400,00 per le strutture identificate come Spoke I ed euro 371,00 per le strutture identificate come Spoke II, (ii) una funzione assistenziale a copertura dei maggiori costi di attesa dei posti letto di Terapia intensiva attivati e non occupati dedicati ai pazienti COVID articolata per classi di erogatori: tariffa per posto-letto/die non occupato di euro 1.467,00 per le strutture identificate come Hub ed euro 1.334,00 alle strutture identificate come Spoke I e Spoke II. L'importo di tale finanziamento a funzione, riconosciuto a consuntivo alla struttura, non potrà eccedere i costi sostenuti dalla stessa. Al fine di consentire la valutazione dei costi rendicontati dalla struttura, la stessa è tenuta a rendicontare: (i) i posti letto dedicati alla cura dei pazienti COVID, (ii) i maggiori costi connessi all'allestimento e alla gestione dei posti letto dedicati ai pazienti COVID.

**PRECISATO** che l'importo complessivo del finanziamento delle funzioni assistenziali a copertura dei maggiori costi di attesa dei posti-letto dedicati ai pazienti COVID attivati e non occupati, riconosciuto a consuntivo alle strutture, non potrà comunque eccedere i costi sostenuti dalle stesse, che dovranno essere rendicontati dalle strutture e verificati dalle Aziende Sanitarie competenti per territorio, ai sensi di quanto previsto all'art. 6 del DM Salute del 12 agosto 2021;

**RITENUTO** necessario, altresì, alla luce dei provvedimenti sopra richiamati, stabilire i criteri di remunerazione delle prestazioni/attività che verranno rese dalle strutture private accreditate e/o autorizzate per la gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19, come meglio riportati all'art. 7 dell'Accordo/Contratto *ex art. 8 quinquies* D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. - D.L. n. 18/2020 - DM Salute 12 agosto 2021, il cui schema (comprensivo dei relativi allegati) è allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale dello stesso;

**RITENUTO OPPORTUNO**, inoltre, precisare che i criteri di remunerazione delle prestazioni di ricovero per acuti rese ai pazienti COVID e delle funzioni assistenziali a copertura dei maggiori costi di attesa dei posti letto attivati e non occupati di Area medica e Terapia intensiva per la gestione dei suddetti pazienti, come sopra definiti, verranno applicati anche alle strutture pubbliche del SSR che hanno contribuito alla gestione dell'emergenza sanitaria da COVID 19;

**TENUTO CONTO** che l'Accordo/Contratto integrativo *ex art. 8 quinquies* D.Lgs.n. 502/1992 e ss.mm.ii. e D.L. n. 18/2020, di cui alla DGR n. 689/2020, all'art. 6, dispone una durata limitata dello stesso, “*fino alla cessazione dello stato di emergenza di cui al DPCM 31 gennaio 2020 e s.m.i o alla diversa determinazione della parte pubblica correlata alla disciplina per il rientro nella fase ordinaria, pure inferiore, in relazione al ruolo della struttura nella rete*”;

**STABILITO** che l'Accordo/contratto Covid, predisposto *ex art. 8 quinquies* D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii., D.L. n. 18/2020 e DM Salute 12/08/2021, il cui schema è approvato con la presente delibera, produrrà effetti a far data dal 19 novembre 2021 (data di pubblicazione del DM del 12 agosto 2021) fino alla cessazione dello stato di emergenza, di cui al DPCM 31 gennaio 2020 e s.m.i., ovvero per il diverso periodo, anche inferiore, stabilito dalla Regione con propria determinazione correlata alla disciplina per il rientro nella fase ordinaria, in relazione al ruolo della struttura nella rete;

**STABILITO** che le prestazioni/attività che verranno acquistate dalle strutture private accreditate e/o autorizzate, a fronte della sottoscrizione del sopracitato Accordo/contratto Covid, potranno essere riconosciute oltre i livelli massimi di finanziamento assegnati alle singole strutture private dall'Amministrazione regionale, per l'anno di riferimento, per l'acquisto di prestazioni sanitarie *ex art. 8-quinquies* del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., fermo restando che quest'ultimi dovranno riassorbire la produzione erogata nel corso dell'anno, ivi comprese le prestazioni/attività rese per la gestione dell'emergenza COVID-19, così come specificato all'art. 7 dell'Accordo/Contratto *ex art. 8 quinquies* D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. - D.L. n. 18/2020 - DM Salute 12 agosto 2021 sopra richiamato;

**CONSIDERATO** che il presente atto non comporta oneri a carico del bilancio regionale, in quanto gli stessi gravano sui bilanci delle aziende sanitarie, nel rispetto della programmazione finanziaria annuale definita dalla Direzione regionale Salute ed integrazione socio-sanitaria e nell'ambito della quota di finanziamento sanitario indistinto e dei finanziamenti previsti dallo Stato per l'emergenza sanitaria da Covid-19 dalla stessa Direzione assegnata alle aziende;

## **DELIBERA**

per i motivi espressi in premessa che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

1. di recepire il DM Salute del 12 agosto 2021, avente ad oggetto “*Remunerazione di una funzione assistenziale e di un incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da COVID-19*”;
2. di approvare lo schema di “Accordo/contratto Covid *ex art. 8 quinquies* D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. - D.L. n. 18/2020 - DM Salute 12/08/2021”, tenendo conto dei criteri di remunerazione previsti nel citato DM, così come riportato all'Allegato 1 al presente provvedimento e parte integrante e sostanziale dello stesso, per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra la Regione/le Aziende Sanitarie Locali e i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale nell'ambito dell'emergenza sanitaria da Covid-19;
3. di stabilire, con riferimento ai ricoveri resi dalle strutture ospedaliere, sia pubbliche che private, dedicate alla gestione dei pazienti COVID, i criteri di remunerazione, considerando, tra l'altro, l'incremento tariffario massimo e le funzioni assistenziali a copertura dei maggiori costi di attesa dei posti letto di ricovero ospedaliero dedicati ai suddetti pazienti, ai sensi degli art. 2 e art. 4 del DM Salute 12 agosto 2020, come riportati in premessa;

4. di stabilire i criteri di remunerazione delle prestazioni/attività che verranno rese dalle strutture private accreditate e/o autorizzate per la gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19, come meglio riportati all'art. 7 dell'Accordo/Contratto Covid, di cui all'allegato al presente provvedimento;
5. di stabilire che le prestazioni/attività che verranno acquistate a fronte della sottoscrizione del sopracitato Accordo/contratto Covid potranno essere riconosciute oltre i livelli massimi di finanziamento assegnati alle singole strutture private dall'Amministrazione regionale, per l'anno di riferimento, per l'acquisto di prestazioni sanitarie *ex art. 8-quinquies* del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., fermo restando che questi ultimi dovranno riassorbire la produzione erogata nel corso dell'anno, ivi comprese le prestazioni/attività rese per la gestione dell'emergenza COVID-19, così come specificato all'art. 7 dell'Accordo/Contratto sopra richiamato.

L'Accordo/Contratto Covid con i Policlinici Universitari non statali, che a partire dal 19 novembre 2021 stanno contribuendo alla gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19, sarà sottoscritto dal Presidente della Regione o da un suo delegato.

Le Aziende Sanitarie Locali competenti per territorio procederanno alla verifica della congruenza dei costi rendicontati dalle strutture pubbliche e private, ai fini del riconoscimento delle funzioni assistenziali oggetto del presente provvedimento, a copertura dei maggiori costi di attesa dei posti letto dedicati ai pazienti COVID attivati e non occupati, ai sensi dell'art. 6, comma 1, del DM Salute del 12 agosto 2021.

La Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria provvederà a tutti gli adempimenti di competenza necessari a dare esecuzione alla presente deliberazione.

Il presente atto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito [www.regione.lazio.it](http://www.regione.lazio.it) nella sezione "Argomenti – Sanità".

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

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

**D.L. n. 18/2020 - DM Salute 12/08/2021**

**Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. - D.L. n. 18/2020 –**

**DM Salute 12/08/2021**

**tra**

**ASL** \_\_\_\_\_ in persona del legale rappresentante *p.t.*, con sede in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, in persona \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, P.I. \_\_\_\_\_ posta elettronica certificata \_\_\_\_\_ (di seguito, per brevità, “ASL”)

**e**

\_\_\_\_\_ (*indicare la società*), in persona del legale rappresentante *p.t.*, C.F. \_\_\_\_\_, P.I. \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_, che gestisce la struttura \_\_\_\_\_ (*indicare il presidio*), codice NSIS \_\_\_\_\_ codice SIAS \_\_\_\_\_, posta elettronica certificata: \_\_\_\_\_ (di seguito per brevità “la struttura”)

**PREMESSO che**

**1.** con le delibere del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, del 29 luglio 2020, del 7 ottobre 2020, del 13 gennaio 2021, del 21 aprile 2021, nonché con il D.L. 23 luglio 2021, n. 105 (convertito con modificazioni dalla L. 16 settembre 2021, n. 126) e, da ultimo, con il D.L. 27 dicembre 2021, n. 221, è stato dichiarato e prorogato lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

**2.** l’art. 3, del D.L. 17 marzo 2020, n.18, convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27, recante: “*Misure di potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza Covid-19*”, prevede che le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Aziende Sanitarie possono stipulare contratti, ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., per l’acquisto di ulteriori prestazioni sanitarie in deroga al limite di spesa di cui all’art.45, comma 1-ter, del D.L. 26 ottobre 2019 n.124, convertito, con modificazioni, dalla Legge 19 dicembre 2019 n.157, nei casi in cui la situazione di emergenza dovuta alla diffusione del Covid-19, richieda l’attuazione nel territorio regionale e provinciale del piano di cui al comma b) del medesimo articolo, in relazione all’aumento della dotazione di posti letto di terapia intensiva, malattie infettive e pneumologia;

**3.** il citato articolo 3, al comma 2 prevede che “*Qualora non sia possibile perseguire gli obiettivi di cui al comma 1 mediante la stipula di contratti ai sensi del medesimo comma, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Aziende Sanitarie, in deroga alle disposizioni di cui all’art.8 quinquies, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. (“Accordi contrattuali”), sono autorizzate a stipulare al medesimo fine contratti con strutture private non accreditate, purché autorizzate ai sensi dell’art. 8 ter del medesimo Decreto*”;

**4.** il comma 3 del medesimo articolo 3 prevede, altresì, che “*al fine di fronteggiare l’eccezionale carenza di personale medico [...] le strutture private, accreditate e non, su richiesta delle Regioni, delle Province autonome di Trento e Bolzano o delle Aziende Sanitarie, mettono a disposizione il personale sanitario, i locali nonché le apparecchiature presenti nelle suddette strutture. Le attività rese dalle strutture private ai sensi del presente comma sono indennizzate ai sensi dell’art.6, comma 4*”;

5. il comma 4 dell'articolo 3 stabilisce che: “I contratti stipulati ai sensi dei commi 1 e 2 nonché le misure di cui al comma 3, cessano di avere efficacia al termine dello stato di emergenza di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020”;

6. il piano regionale, redatto dalla Direzione salute con il coordinamento dell'Unità di crisi regionale istituita ai sensi del Decreto del Presidente n. 55/2020, in attuazione della circolare del Ministero della Salute prot. GAB. 2627 del 1° marzo 2020 e allegato all'ordinanza della Regione Lazio n. Z00003 del 06 marzo 2020, recante *“Misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica indirizzate agli operatori, agli utenti, alle Aziende, agli Enti pubblici e alle strutture private accreditate del Servizio Sanitario Regionale”*, ha previsto l'attivazione, in urgenza, anche in deroga ai procedimenti ordinari, di posti letto aggiuntivi di Terapia Intensiva, in ampliamento o per riconversione di degenze ordinarie, demandando l'attuazione alle Aziende e agli Enti sanitari coinvolti, con il coordinamento della Direzione Salute e secondo gli indirizzi dell'Unità di Crisi Regionale;

7. l'ordinanza del Presidente della Regione Lazio del 17 marzo 2020 n. Z00009, recante: *“Ulteriori misure per la prevenzione e la gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid - 2019. Ordinanza ai sensi dell'art.32, comma 3 della L.n.833/1978”* ha:

- previsto l'ulteriore implementazione dei posti letto, anche di Terapia intensiva, attivando la **II Fase** del piano regionale, e in particolare, chiarendo che strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private autorizzate, sono tenute a mettere a disposizione i posti letto che dovessero essere richiesti dalla Direzione Salute con preavviso di 24 ore;

- demandato alla Direzione Salute la previsione dell'utilizzo di strutture di *ospitalità protetta* per l'accoglienza di pazienti COVID-19 asintomatici, non critici o in via di guarigione, anche dimessi da ospedale per acuti, potenzialmente assistibili a domicilio che, in ragione del necessario isolamento e in mancanza di *care giver*, supporto familiare e/o idoneità dell'abitazione, possono essere assistiti presso tali strutture;

8. la Regione, con nota 26 marzo 2020 prot. n. 247791, ha aggiornato il Piano dell'Emergenza Covid-19 attivando la **Fase III** dell'Emergenza, che, parte integrante e sostanziale del presente accordo prevede l'implementazione dei posti letto di terapia intensiva e di Degenza Multidisciplinare Infettivologica/Internistica/Pneumologica/Rianimatoria, attraverso l'incremento dei posti letto negli ospedali di intervento e l'individuazione, in tutto o in parte, di nuovi presidi della rete;

9. con nota prot. n. 391183 del 30 aprile 2020 si è dato avvio alla **Fase IV** dell'emergenza sanitaria, che, da un lato, opera secondo una logica di continuità e, dall'altro, dà evidenza della progressiva disattivazione, a far data dal 27 aprile 2020, di alcune strutture;

10. con nota regionale prot. n. 487793 del 3 giugno 2020, si è dato avvio alla **Fase V** dell'Emergenza sanitaria, che adatta la rete sanitaria regionale al nuovo contesto di riduzione dell'impegno assistenziale per COVID-19 in ambito ospedaliero, ridimensionando l'offerta regionale di posti letto dedicati a far data dal 4 giugno 2020;

- 11.** con nota regionale prot. n. 829871 del 28 settembre 2020, si è dato avvio alla **Fase VI** dell'emergenza sanitaria, che adatta la rete sanitaria regionale al nuovo contesto di netta ripresa dell'impegno assistenziale per COVID-19, incrementando l'offerta regionale di posti letto dedicati;
- 12.** a seguito dell'ordinanza del 21 ottobre 2020 del Ministero della salute, si è dato avvio alla **Fase VII** dell'emergenza sanitaria, che adatta la rete sanitaria regionale al nuovo contesto prevedendo un ulteriore potenziamento in termini di offerta ospedaliera e di presa in carico e gestione territoriale dell'attività assistenziale, con incremento della dotazione posti letto COVID dedicati e con la predisposizione di percorsi separati, rafforzando le funzioni di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza;
- 13.** con ordinanza n. Z00065 del 5 novembre 2020, si è dato avvio alla **Fase VIII** dell'emergenza sanitaria, che adatta la Rete Hub e Spoke, concentrata su pochi centri, ad una configurazione diffusa nella Rete Ospedaliera per acuti, per rispondere alle diverse esigenze del SSR;
- 14.** con nota regionale prot. n. 1116115 del 21 dicembre 2020 e successive, si è dato avvio alla **Fase IX** dell'emergenza sanitaria, che introduce un modello flessibile attraverso cui poter adattare l'offerta sanitaria del SSR sulla base dei diversi livelli di impegno derivanti dall'andamento del virus;
- 15.** con DGR n. 607 del 29/09/2021 è stato approvato il Programma Operativo per la gestione dell'Emergenza COVID 19 per il biennio 2020-2021;
- 16.** con nota regionale dell'Area Programmazione Rete Ospedaliera prot.n. 834518 del 29 settembre 2020, è stato comunicato che *“la Regione Lazio, in coerenza con quanto previsto dalla programmazione nazionale, ha fatto ricorso al regime di “terapia semintensiva” per la presa in carico di pazienti affetti da COVID-19 bisognosi di un livello assistenziale che richiedesse supporto ventilatorio e monitoraggio continuo”*;
- 17.** il D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla L. n. 77/2020, recante: *“Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”*, all'articolo 2, comma 1, ha previsto che *“Le regioni e le province autonome, al fine di rafforzare strutturalmente il Servizio sanitario nazionale in ambito ospedaliero, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da COVID-19 in corso, garantiscono l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, rendendo strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus Sars-CoV-2, ai suoi esiti e a eventuali accrescimenti improvvisi della curva pandemica...omissis”*; tali Piani di riorganizzazione, come approvati dal Ministero della Salute e recepiti nei programmi operativi di cui all'art. 18, comma 1, del D.L. n. 18/20, rendono strutturale la dotazione di posti letto di Terapia Intensiva con una dotazione pari a 0,14 posti letto per mille abitanti;
- 18.** il citato D.L. n. 34/2020, all'articolo 4 ha previsto che: *“1. Per far fronte all'emergenza epidemiologica COVID-19, limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei ministri 31 gennaio 2020, anche in deroga al limite di spesa di cui all'articolo 45, comma 1-ter, del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124 convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre*

2019, n. 157, e in deroga all'articolo 8-sexies, comma 1-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, le regioni, ivi comprese quelle in piano di rientro, e le province autonome di Trento e Bolzano possono riconoscere alle strutture inserite nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, la remunerazione di una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID 19 secondo le disposizioni dei predetti piani e un incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID. Il riconoscimento avviene in sede di rinegoziazione per l'anno 2020 degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per le finalità emergenziali previste dai predetti piani.

2. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sono stabilite le modalità di determinazione della specifica funzione assistenziale e l'incremento tariffario di cui al comma 1 in modo da garantire la compatibilità con il finanziamento per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2020 e con le risorse previste per l'attuazione dell'articolo 3, comma 6, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18.

3. La specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID-19 e l'incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da COVID-19, come individuati nel decreto di cui al comma 2, sono riconosciuti, limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, anche agli enti del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, compatibilmente con il fabbisogno sanitario riconosciuto per l'anno 2020. Con il decreto di cui al comma 2, la specifica funzione assistenziale è determinata con riferimento alle attività effettivamente svolte e ai costi effettivamente sostenuti dalle strutture inserite nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, e della circolare della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute n. 2627 del 1° marzo 2020, nonché sostenuti dagli enti del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, relativi: a) all'allestimento e ai costi di attesa di posti letto di ricovero ospedaliero per acuti per pazienti affetti da COVID-19 nelle discipline medico-internistiche e di terapia intensiva istituiti su indicazione della regione ai sensi del piano di cui al citato articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto-legge n. 18 del 2020, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 27 del 2020; b) all'allestimento e ai costi di attesa di reparti di pronto soccorso dedicati alla gestione dei casi accertati di COVID-19 e dei casi sospetti di COVID-19, istituiti su indicazione della regione. Con il medesimo decreto di cui al comma 2, l'incremento tariffario di cui al comma 1 è determinato con riferimento ai maggiori oneri correlati ai ricoveri ospedalieri di pazienti affetti da patologie da SARSCoV-2, sostenuti dalle strutture e dagli enti di cui al periodo precedente, valutati sulla base delle informazioni desunte dal sistema informativo sanitario del Ministero della salute e dalle informazioni rese disponibili dalle regioni, anche in relazione alla loro congruità.

4. Nella vigenza dell'accordo rinegoziato ai sensi del comma 1, gli enti del servizio sanitario nazionale corrispondono agli erogatori privati, a titolo di acconto e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori privati, un corrispettivo, su base mensile, per le prestazioni

rese ai sensi del presente articolo, fino ad un massimo del 90 per cento dei dodicesimi corrisposti o comunque dovuti per l'anno 2020.

5. Nelle more dell'adozione del decreto di cui al comma 2, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2020 e che vedono altresì una temporanea sospensione delle attività ordinarie in funzione anche di quanto previsto dall'articolo 5-sexies, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, la remunerazione a titolo di acconto, su base mensile, e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori privati, fino a un massimo del 90 per cento del volume di attività riconosciuto nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 stipulati per il 2020.

6. L'articolo 32 del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23, è abrogato”;

**19.** ai sensi dell'art. 16, comma 1, del D.L. 24.12.2021, n. 221, il termine di cui ai suindicati commi 1 e 3, dell'art. 4 del citato D.L. n. 34/2021, essendo correlato allo stato di emergenza, è stato, da ultimo, prorogato fino al 31.03.2022;

**20.** nell'ambito del comune obiettivo di fronteggiare l'emergenza e allo scopo di indirizzare le attività delle strutture private accreditate, secondo una logica di complementarietà e in coerenza con gli indirizzi regionali, nonché per fronteggiare esigenze impellenti legate all'evolversi della situazione epidemiologica e del carattere fortemente diffusivo della epidemia da Covid-19, con il presente contratto, si è reputato opportuno, per la durata della emergenza e, nei limiti della stessa, provvedere a:

- a. individuare strutture per le attività di ricovero ordinario, anche per la gestione di patologie complesse non Covid-19, e di ricovero post-acuzie, consentendo in tal modo di liberare posti letto per la gestione centralizzata dell'emergenza Covid-19;
- b. individuare strutture ospedaliere dedicate esclusivamente a gestire pazienti Covid-19, garantire la separazione dei percorsi dei pazienti affetti da altre patologie (Rete Covid-19);
- c. individuare strutture residenziali di Livello Assistenziale estensivo per persone non autosufficienti anche anziane dedicati a pazienti COVID e NON COVID (RSA/nuclei RSA per pazienti COVID territoriali);
- d. individuare strutture residenziali dedicate a pazienti COVID o NON COVID (es. assistenza psichiatrica, riabilitativa territoriale etc.);
- e. individuare strutture in cui realizzare e attivare CENTRI VACCINALI PRIVATI (CPV) per la somministrazione dei vaccini anti SARS-CoV2 (Covid-19);
- f. individuare strutture per la gestione dei pazienti dializzati COVID in regime ambulatoriale;

**21.** in termini di capacità di accoglienza di posti letto complessivi, la struttura si presenta utile a soddisfare le esigenze della ASL;

**22.** la struttura si è resa disponibile a mettere a disposizione del SSR posti letto/posti residenza/posti letto tecnici/attività da utilizzare per le esigenze dettate dalla pandemia tutt'ora in corso;

**23.** con DGR n. 689/2020, la Regione ha definito i livelli massimi di finanziamento 2020 per l'assistenza sanitaria e disciplinato le regole di erogazione, remunerazione e contrattualizzazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, incluse quelle erogate nell'ambito della gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19;

**24.** con la medesima DGR n. 689/202 è stato approvato, tra l'altro, lo schema di Accordo/Contratto integrativo ex art. 8 *quinquies* D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e D.L. n. 18/2020 per le strutture private che hanno partecipato alla gestione dell'emergenza Covid-19, al fine di regolamentare le condizioni generali (oggetto, durata, tariffe, ecc.) per l'acquisto di ulteriori prestazioni sanitarie volte a fronteggiare l'emergenza sanitaria, riconducibili agli interventi di seguito riportati:

- a) Strutture di ricovero per acuti/post-acuti dedicate a pazienti NON COVID** (riconversione e attivazione di posti letto per il trasferimento da Azienda Pubblica, riconversione attivazione di posti letto per la cura di malattie infettive/pneumologia, allestimento e attivazione posti letto di Terapia Intensiva);
- b) Strutture di ricovero per acuti/post-acuti dedicate ai pazienti COVID** (riconversione e attivazione di posti letto per la cura dei pazienti COVID, allestimento e attivazione di posti letto di Terapia Intensiva e/o Semi-Intensiva dedicati a pazienti COVID);
- c) Strutture di assistenza territoriale dedicate a pazienti COVID e NON COVID** (allestimento e attivazione di posti letto residenza di Livello Assistenziale Intensivo per persone non autosufficienti anche anziane NON COVID (ex R1), riconversione e attivazione di posti RSA COVID, altre forme di assistenza territoriale per pazienti COVID o NON COVID);

**25.** il suddetto contratto, all'art. 6, dispone una durata limitata dello stesso, ***“fino alla cessazione dello stato di emergenza di cui al DPCM 31 gennaio 2020 e s.m.i o alla diversa determinazione della parte pubblica correlata alla disciplina per il rientro nella fase ordinaria, pure inferiore, in relazione al ruolo della struttura nella rete”***;

**26.** con DGR n. 339/2021, recante: *“Definizione dei livelli massimi di finanziamento 2021 per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria e disciplina delle relative regole di finanziamento, remunerazione e contrattualizzazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie”*, la Regione ha stabilito, tra l'altro, che *“la disciplina di cui alla DGR 689/2020 come prevista nell'accordo/contratto integrativo vige fino alla data di adozione del Decreto Ministeriale con il quale verranno stabilite, a livello nazionale, “le modalità di determinazione della specifica funzione assistenziale e l'incremento tariffario” di cui al sopra richiamato D.L. n. 34/2020 e s.m.i.”* e che *“successivamente all'adozione del sopra richiamato Decreto Ministeriale, i criteri di remunerazione dei maggiori costi correlati alla gestione dell'emergenza COVID-19 come fissati dalla Regione, potranno dover subire modifiche in ragione della disciplina in corso di edizione – di rango superiore a quella regionale – idonea ad intervenire sulle condizioni contrattuali in vigore”*;

**27.** in data 19/11/2021 è stato pubblicato il DM Salute 12/08/2021, di cui all'art. 4, comma 2, del D.L. n. 34/2020 – convertito con modificazioni dalla Legge 17/07/2020, n. 77 –, recante: *“Remunerazione di una funzione assistenziale e di un incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da COVID-19”*;

**28.** con il citato DM si è provveduto, a livello nazionale, “*alla determinazione dell’incremento tariffario per la remunerazione dei ricoveri ospedalieri per acuti di pazienti affetti da COVID-19, secondo quanto previsto al successivo art. 2, nonché alla individuazione dei criteri utili alla definizione delle funzioni assistenziali correlate all’emergenza COVID-19, che le regioni e province autonome possono riconoscere, ai sensi dell’art. 4, comma 1 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34*” (art. 1), con espressa specifica limitazione degli effetti del decreto al periodo relativo allo stato di emergenza dichiarato sul territorio nazionale (art. 7);

**29.** in particolare, il DM Salute 12/08/2021 ha stabilito:

- all’art. 2, con riferimento alle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti a pazienti affetti da COVID-19, la determinazione dell’incremento tariffario massimo di riferimento, fornendo indicazioni alle Regioni sulle regole da applicare;
- all’art. 3, con riferimento alle funzioni assistenziali correlate all’emergenza COVID-19, i criteri per la determinazione delle stesse;
- all’art. 4, con riferimento ai costi di attesa dei posti letto di ricovero ospedaliero per acuti per pazienti affetti da COVID-19, i criteri generali per la determinazione della remunerazione massima delle relative funzioni;
- all’art. 6, con riferimento all’attività di controllo, l’obbligo per le strutture interessate di presentare, in sede di chiusura di esercizio, “*una specifica rendicontazione relativa ai costi sostenuti per le funzioni assistenziali di cui agli articoli 4 e 5 che dia evidenza dei costi sostenuti per ciascuna delle componenti di cui all’articolo 1, comma 2, e che indichi il volume di prestazioni erogate a pazienti COVID-19 e la relativa remunerazione*”; prevedendo un sistema di monitoraggio e controllo sul rispetto degli accordi contrattuali, sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese, al fine di verificare la coerenza con la rendicontazione richiesta;

**30.** coerentemente con quanto disposto al punto 16 della DGR n. 339/2021, con DGR n. \_\_\_\_\_ del 2022, sono state recepite le disposizioni ministeriali ed è stato approvato, altresì, il nuovo schema contrattuale, al fine di disciplinare i rapporti con le strutture private accreditate e private autorizzate per l’acquisto delle prestazioni sanitarie volte a contrastare l’emergenza sanitaria da Covid-19, sulla base dei criteri introdotti dal citato DM, fermo restando che le condizioni generali del nuovo contratto produrranno gli effetti a far data dal 19 novembre 2021 (data di pubblicazione del DM del 12 agosto 2021);

**31.** il presente schema di accordo/contratto è predisposto ai sensi dell’art. 8 *quinquies* D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. (sulla base e nel rispetto di quanto disposto con il DCA n. 243/2019, il cui schema contrattuale si richiama integralmente, ove non in contrasto con il presente), del D.L. n. 18/2020 (sulla base e nel rispetto di quanto disposto con la DGR n. 689/2020, il cui schema contrattuale si richiama integralmente, ove non in contrasto con il presente), nonché del DM Salute 12/08/2021;

**32.** in ragione della situazione emergenziale, è stata avviata una campagna vaccinale intensiva, a livello nazionale e regionale, sulla base di una serie delle disposizioni e delle raccomandazioni emanate dagli organi delle Amministrazioni competenti, compresi i provvedimenti del Ministero della Salute e della

Regione Lazio intervenuti in merito ai vaccini resi disponibili contro SARS-CoV-2/COVID-19 per le varie fasi della campagna vaccinale e all'aggiornamento del consenso informato, che qui si abbiano tutti come integralmente richiamati;

**33.** sussiste la necessità, ampiamente condivisa con le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, di una sinergia tra sanità pubblica e sanità privata, che va accentuata nell'attuale scenario emergenziale, connesso alla rilevante e celere diffusione del virus SARS-CoV-2;

**34.** è stato, pertanto, ritenuto opportuno e necessario rafforzare la collaborazione tra l'Amministrazione sanitaria regionale e le strutture private accreditate, che abbiano sottoscritto il contratto di budget ex art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. per gli anni 2019-2021, autorizzando le stesse alla istituzione di Centri Vaccinali Privati (CVP) per la somministrazione dei vaccini anti SARS-CoV-2 (Covid-19), nel rispetto di tutte le disposizioni e le raccomandazioni nazionali e regionali di cui sopra;

**35.** considerata la persistente esigenza di incrementare l'attività della campagna vaccinale in atto, si ritiene opportuno coinvolgere anche le strutture sanitarie autorizzate per l'attivazione di Centri Vaccinali Privati (CVP) per la somministrazione dei vaccini anti SARS-CoV-2 (Covid-19), nel rispetto di tutte le disposizioni e le raccomandazioni nazionali e regionali di cui sopra;

**36.** tenuto conto, infine, della procedura "Emergenza COVID-19: percorso per la presa in carico dei pazienti con malattia renale cronica (malattia renale cronica IV/V stadio, dializzato e/o portatore di trapianto di rene) Aggiornamento su paziente dializzato positivo all'infezione da SARS-CoV-2" di cui alla nota prot. N. GR3915-000022 del 12 agosto 2021, e delle successive indicazioni operative di cui alle note prot. n. 0014777 del 10 gennaio 2022 e n. 0038278 del 17 gennaio 2022;

**37. ritenuto opportuno e necessario per le ragioni riportate nella procedura e nelle indicazioni operative di cui al sopracitato comma 36, coinvolgere le strutture sanitarie accreditate e/o autorizzate per l'attivazione di posti letto tecnici dedicati al trattamento in regime ambulatoriale dei pazienti dializzati COVID positivi.**

\* \* \* \* \*

Tutto quanto sopra premesso, tra le parti si conviene e stipula quanto segue.

#### **Art. 1 – Premesse, allegati e definizioni**

**1.** Le premesse e gli allegati formano parte integrante ed essenziale del presente accordo/contratto.

**2.** 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:

a) per "**parte pubblica**" si intende il Servizio Sanitario Regionale unitariamente inteso, che stabilisce l'ambito dell'accordo e la relativa disciplina e ripartisce i poteri e i doveri scaturenti dal presente accordo/contratto a carico di Regione Lazio e/o delle Aziende Sanitarie competenti, secondo la ripartizione prevista dalla normativa nazionale e regionale vigente;

b) per "**struttura**" si intende il soggetto giuridico assoggettato 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), nonché, ai fini del presente accordo/contratto, anche solo autorizzato, ai sensi di

quanto disposto dal d.l. n. 18/2020;

c) per “**società**” si intende qualunque impresa, o ramo di essa, associazione, ente o gruppo di imprese, nelle forme contrattuali ammesse dall’ordinamento, che gestisce una o più strutture di cui al punto precedente;

d) per “**terzi beneficiari**” si intendono i cittadini che ricevono la prestazione in virtù del presente accordo/contratto e, quindi, con pagamento in favore della struttura ma con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR);

e) per “**prestazioni intra-regionali**” si intendono quelle rese nei confronti dei soggetti iscritti al Servizio Sanitario della Regione Lazio;

f) per “**prestazioni extra-regionali**” si intendono quelle rese nei confronti dei soggetti iscritti al Servizio Sanitario di altre regioni;

g) per “**tariffe**” si intende la remunerazione riconosciuta per le singole prestazioni sanitarie dalla normativa regionale vigente *ratione temporis* all’atto della stipula dell’accordo/contratto, o comunque, in via residuale, dalla normativa nazionale (che rappresenta per le regioni in Piano di rientro un importo massimo non superabile) vigente all’atto della stipula dell’accordo/contratto, nonché ai fini del presente accordo/contratto, dalle disposizioni del DM Salute 12/08/2021;

h) per “**funzioni assistenziali**” si intendono i maggiori costi connessi alle attività di cui all’art. 8 sexies, comma 2, D. Lgs. 502/92 e s.m.i. “*remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le attività di cui al comma 4 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione*”, nonché, ai fini del presente accordo/contratto, i maggiori costi di cui alle disposizioni del DM Salute 12/08/2021;

i) per “**budget**” si intende il livello massimo di remunerazione previsto nell’accordo/contratto sottoscritto con la struttura per cui vi è copertura nel bilancio di previsione di Parte pubblica e che rappresenta il tetto massimo invalicabile da parte della struttura quale remunerazione per l’erogazione delle prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR;

j) per “**regolamento**” si intende l’atto con il quale la Regione disciplina le modalità di fatturazione e di pagamento dei Crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari pubblici, l’IRCCS pubblici e l’Azienda Ares 118, che definisce, tra l’altro, le condizioni, i termini e le modalità di fatturazione e pagamento dei crediti derivanti da fatture emesse dai soggetti che intrattengono rapporti con le Aziende del SSR e prevede l’utilizzo di un apposito sistema informatico denominato Sistema Pagamenti del SSR; detto regolamento, denominato “Disciplina Uniforme delle modalità di fatturazione e pagamento”, è allegato al presente accordo/contratto e forma parte integrante dello stesso, ove compatibile (**Allegato A**);

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

l) per “**contratto Covid**” si intende il contratto *ex art. 8 quinquies* D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e D.L. n.

18/2020, di cui all'allegato 2 della DGR 689/2020, nonché ex DM Salute 12/08/2021, così come regolamentato in base alle disposizioni del presente accordo/contratto.

3. Il presente accordo/contratto viene sottoscritto tra la ASL e la struttura per il periodo di cui al successivo articolo 6. In caso di precedente sottoscrizione del contratto ex art. 8 *quinquies* D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e D.L. n. 18/2020, di cui all'allegato 2 della DGR 689/2020, il presente integra e sostituisce il precedente tra la struttura e la ASL/Regione per il periodo anzidetto.

## Art. 2. - Identificazione della struttura

1. La Casa di cura/ Struttura \_\_\_\_\_, gestita da \_\_\_\_\_,

è autorizzata, ai sensi dell'art. 8 ter D. Lgs. n.502/1992 e s.m.i., giusta Determinazione/DCA Regione Lazio n. \_\_\_\_\_

accreditata, giusto DCA Regione Lazio n. \_\_\_\_\_.

2. La struttura opera per conto e a carico del SSR per le attività per le quali:

è autorizzata;

è accreditata;

3. Con il presente contratto sono regolamentati i seguenti interventi:

### Ospedaliera

#### A. Strutture NON COVID

1.  messa a disposizione, riconversione e attivazione di posti letto per acuti, accreditati o autorizzati, per il trasferimento, da reparti ospedalieri per acuti di strutture pubbliche e private inserite nella rete COVID come da programmazione regionale, di pazienti NON COVID, delocalizzando parte dell'attività di ricovero ordinario per la/le Discipline \_\_\_\_\_ (indicare le Discipline) del/degli Ospedale/i \_\_\_\_\_, consentendo in tal modo di liberare posti per la gestione centralizzata dell'emergenza Covid-19;

2.  messa a disposizione, riconversione e attivazione di posti letto per post acuti, accreditati o autorizzati, per il trasferimento, da reparti ospedalieri per acuti di strutture pubbliche e private inserite nella rete COVID come da programmazione regionale, di pazienti NON COVID, consentendo in tal modo di liberare posti per la gestione centralizzata dell'emergenza Covid-19;

**B. Strutture COVID, distinte tra "HUB" e "Spoke I" (Spoke in cui risultano contemporaneamente attivi posti letto di Terapia Intensiva – Semi-Intensiva - Ordinari dedicati alla gestione dell'emergenza Covid), "Spoke II" (Spoke in cui non risultano contemporaneamente attivi posti letto di Terapia Intensiva – Semi-Intensiva - Ordinari dedicati alla gestione dell'emergenza Covid)**

3.  riconversione e attivazione di posti letto di acuti, accreditati o autorizzati, per la cura di pazienti COVID in area medica (codici disciplina ammessi: 20 - Immunologia, 24 – Malattie infettive e tropicali, 26 – Medicina generale, 37 – Ostetricia e ginecologia, 68 – Pneumologia);

4.  allestimento e attivazione di posti letto di Terapia Semi-intensiva, accreditati o autorizzati, per la cura di pazienti COVID in area medica (94 – Terapia Semi-intensiva);
5.  allestimento e attivazione di posti di Terapia intensiva, accreditati o autorizzati, per il trattamento di pazienti COVID;

### **C. Territoriale**

1.  riconversione e attivazione di posti residenziali, autorizzati o autorizzati e accreditati, in posti residenza di Livello Assistenziale Estensivo per persone non autosufficienti, per il trasferimento, da reparti ospedalieri per acuti di strutture pubbliche e private inserite nella rete COVID come da programmazione regionale, di pazienti COVID (RSA/nuclei RSA per pazienti COVID, ex nota prot. n. 252410 del 28.3.2020);
2.  riconversione di posti residenziali di mantenimento autorizzati e accreditati in posti residenza temporaneamente autorizzati e accreditati di livello Assistenziale Estensivo per persone non autosufficienti, per il trasferimento, da reparti ospedalieri per acuti di strutture pubbliche e private inserite nella rete COVID come da programmazione regionale, di pazienti NON COVID (ex nota prot. n. 0007380 del 5.1.2021);
3.  attivazione di altre forme di assistenza dedicate a pazienti COVID o NON COVID (es. assistenza psichiatrica, riabilitativa territoriale etc.), così come richiesto nella nota regionale prot. n. 0837904 del 30 settembre 2020.

### **D. Dialisi**

1.  attivazione di posti letto tecnici per il trattamento in regime ambulatoriale di pazienti dializzati COVID;

### **E. Centri vaccinali**

1.  realizzazione e attivazione di un **CENTRO VACCINALE PRIVATO (CPV)** autorizzato dalla regione alla somministrazione dei vaccini anti SARS-CoV2 (Covid-19), nel rispetto delle disposizioni e delle raccomandazioni nazionali e regionali in materia, ivi comprese quelle emanate, che dovessero intervenire in materia emergenziale, modificative e/o integrative, anche qualora la sua entrata in vigore sia successiva alla sottoscrizione del presente accordo.

## **Art. 3 - Requisiti oggettivi e soggettivi**

**1.** I requisiti oggettivi richiesti sono l'autorizzazione e/o l'accreditamento di cui al precedente art. 2, che devono essere posseduti all'atto della firma del presente accordo/contratto e per tutta la durata del rapporto. Il venir meno degli stessi, in modo definitivo, rappresenta mancanza di presupposto essenziale e determina automaticamente la risoluzione del presente accordo/contratto, come disposto al successivo art. 15.

**2.** Le Terapie Intensive e sub Intensive e le strutture COVID 19 devono comunque assicurare i requisiti di cui alla circolare del Ministero della Salute n. 2619 del 29 febbraio 2020 e i requisiti fissati a livello regionale con la nota prot. n. 252410 del 28.3.2020 (per RSA COVID).

**3.** Resta inteso che l'utilizzo delle strutture secondo diverse ma contemporanee modalità, sulla base delle specifiche esigenze locali avallate dall'Unità di crisi, è possibile a condizione che vengano assicurate tutte le misure atte a garantire l'isolamento del nucleo/reparto COVID, allo scopo di prevenire il contagio di pazienti COVID negativi. È necessario, infatti, assicurare che:

- i pazienti COVID positivi siano allocati in porzioni strutturalmente autonome della struttura;
- il personale di assistenza sia esclusivamente dedicato ai pazienti affetti da COVID;
- i locali spogliatoio nonché i servizi igienici del personale di assistenza assegnato a tali nuclei siano interdetti all'ulteriore personale comunque operante nella struttura.

**4.** I requisiti soggettivi richiesti in capo al soggetto titolare della società e/o della struttura devono essere comprovati attraverso la consegna alla ASL della seguente documentazione in corso di validità, ovvero, della relativa autocertificazione resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., con la quale si attesti:

- a) l'iscrizione alla CCIAA per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese; l'iscrizione al R.E.A. per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese (Fondazioni ed Enti morali);
- b) che non si trovano in stato di fallimento e/o di liquidazione coatta, salvi i casi in cui sia in corso un procedimento giudiziario per il risanamento e la prosecuzione dell'attività d'impresa;
- c) che nei confronti del legale rappresentante, dei componenti del Consiglio di Amministrazione e dei soggetti con poteri di gestione non sussistono cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i.;
- d) per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese:
  - d.1) qualora i contratti non superino il valore indicato all'art. 83, lettera e), del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. (attualmente pari a € 150.000,00), la dichiarazione di cui alla lett. c) del presente articolo dovrà riguardare tutti i soggetti di cui all'art. 85, comma 1) e 2) del medesimo D. Lgs. n. 159/2011;
  - d.2) qualora i contratti superino il valore indicato all'art. 83, lettera e), del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. (attualmente pari a € 150.000,00), deve essere acquisita la documentazione antimafia, ai sensi degli artt. 84 e 85 del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i.; a tale proposito i soggetti di cui ai commi 1) e 2), dell'art. 85 del citato codice antimafia rilasciano dichiarazione sostitutiva sottoscritta con le modalità di cui all'articolo 38 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., relativa ai dati dei propri familiari conviventi;
- e) che nei confronti del titolare o imprenditore o della compagine sociale non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;
- f) che nei confronti del titolare o imprenditore o della compagine sociale non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per reati gravi che incidono sulla moralità professionale, per reati nei rapporti con la pubblica amministrazione di cui al D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i., per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio; l'esclusione e il divieto in ogni caso non

operano quando il reato è stato depenalizzato ovvero quando è intervenuta la riabilitazione ovvero quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna ovvero in caso di revoca della condanna medesima;

g) l'ottemperanza agli obblighi informativi in materia di diritto al lavoro dei disabili, secondo le modalità di cui all'art. 9 L. 12 marzo 1999, n. 68 e s.m.i.;

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

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

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

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

**6.** La società e/o la struttura attestano il possesso dei requisiti mediante dichiarazione sostitutiva, in conformità alle previsioni del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., nella quale indica tutte le condanne penali riportate, ivi comprese quelle per le quali abbia beneficiato della non menzione. La società e/o la struttura non sono tenute ad indicare nella dichiarazione le condanne per reati depenalizzati ovvero dichiarati estinti dopo la condanna stessa, né le condanne revocate, né quelle per le quali è intervenuta la riabilitazione. La società e/o la struttura inserisce sul Sistema Informatico la citata dichiarazione (compilata sul Modello 1, allegato al presente contratto e parte integrante dello stesso), unitamente all'ultimo bilancio d'esercizio approvato, corredato dei relativi documenti contabili. In ogni caso, la struttura trasmette annualmente alla ASL - e per conoscenza alla Regione - il proprio bilancio di esercizio, redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici, ai sensi del D.M. n. 70 del 2 aprile 2015, entro 15 giorni dall'approvazione dello stesso ovvero dal deposito in camera CCIA, ove previsto.

**7.** Entro il termine di 15 giorni dal ricevimento dell'invito alla sottoscrizione, la struttura è tenuta a trasmettere alla ASL tutte le dichiarazioni e/o autocertificazioni sopra richieste, ovvero, eventualmente, a propria scelta, la relativa documentazione in corso di validità, nonché i dati anagrafici di tutti i soggetti per i quali deve essere acquisita la documentazione di cui sopra, prima della stipula dell'accordo/contratto (secondo i Modelli 1, 2 e 3 allegati al presente accordo/contratto, che ne formano parte integrante); la ASL, da parte sua, procede alle verifiche e ai controlli di legge, richiedendo agli enti competenti la relativa documentazione attestante il possesso dei requisiti soggettivi in capo alla struttura (documentazione antimafia di cui agli artt. 82 e ss. del D.Lgs. n. 159/2011 e s.m.i.; DURC di cui all'art. 31 del D.L. n. 69/2013, convertito dalla L. n. 98/2013 e s.m.i.; Certificato CCIAA o Iscrizione al REA; Casellario giudiziale).

**8.** La mancata e/o incompleta trasmissione delle dichiarazioni/autocertificazioni sopra richieste nei termini indicati, comporterà l'adozione, da parte della ASL, di un atto formale di diffida ad adempiere entro 15 giorni. Decorso il termine assegnato, in caso di mancata ottemperanza alla diffida da parte della struttura, la ASL è libera di non addivenire alla stipula del contratto, senza diritto ad alcun risarcimento e/o indennizzo da parte della struttura.

**9.** Decorso il termine di 30 giorni di cui al precedente comma 5, qualora la ASL non abbia ancora acquisito dagli enti competenti la documentazione richiesta, il presente accordo/contratto è stipulato sotto condizione risolutiva espressa e si applica il successivo art. 15, comma 4.

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

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

**12.** La struttura si impegna, anche nel rispetto della lealtà e correttezza richiesta ad un concessionario di servizio pubblico, a comunicare, entro 30 (trenta) giorni dal verificarsi del fatto o dell'atto, oltre a quanto previsto dal regolamento regionale di attuazione della L.R. 4/2003 e s.m.i., ogni variazione soggettiva dovesse intervenire in capo alla stessa.

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

**14.** Nel caso di realizzazione e attivazione di un Centro Vaccinale Privato (CPV), la struttura dovrà osservare le indicazioni fornite dalla Regione di cui all'Allegato denominato "Indicazioni vaccinali", parti integranti e sostanziali del presente Accordo/Contratto (*Allegato E*);

**15.** Nel caso di realizzazione e attivazione di posti letto tecnici per il trattamento in regime ambulatoriale di pazienti dializzati COVID, la struttura dovrà osservare quanto riportato nella procedura "Emergenza COVID-19: percorso per la presa in carico dei pazienti con malattia renale cronica (malattia renale cronica IV/V stadio, dializzato e/o portatore di trapianto di rene) Aggiornamento su paziente dializzato

positivo all'infezione da SARS-CoV-2" di cui alla nota prot. n. GR 3915 - 000022 del 12 agosto 2021 a nelle indicazioni operative emanate dalla Regione di cui alle note prot. n. 0014777 del 10 gennaio 2022 e n. 0038278 del 17 gennaio 2022.

#### **Art. 4 - Comportamento secondo buona fede**

Entrambe le parti, per la propria veste pubblica la prima, e per la propria veste di concessionario pubblico di servizio essenziale la seconda, si impegnano a tenere, quale elemento essenziale dell'accordo/contratto valutabile anche ai fini dell'applicazione del successivo art. 15, un comportamento diligente, improntato ai principi di buona fede, lealtà e trasparenza.

#### **Art. 5 - Prestazioni oggetto dell'accordo/contratto**

**1.** A mezzo e nei limiti di quanto previsto nel presente accordo/contratto la struttura è ammessa ad erogare le prestazioni in nome e per conto e con onere a carico del SSR, in coerenza e nel rispetto della configurazione di cui al provvedimento di autorizzazione e/o di accreditamento.

**2.** La ASL sottoscrive il presente accordo/contratto nell'ottica di garantire una immediata risposta del sistema sanitario alle esigenze contingenti dettate dalla emergenza Covid-19, nel rispetto dei principi di qualità, sicurezza e appropriatezza.

**3.** La struttura sottoscrive il presente accordo/contratto nell'ottica di garantire l'immediata disponibilità al Sistema Sanitario Regionale, viste le esigenze contingenti dettate dalla emergenza Covid-19, nel rispetto dei principi di qualità e sicurezza, senza che ciò determini l'acquisizione di alcun diritto al termine del periodo emergenziale né ai fini del riconoscimento dell'accreditamento istituzionale definitivo né ai fini dell'adeguamento del budget contrattualizzato ad oggi sulla dotazione accreditata o autorizzata.

**4.** A mezzo e nei limiti di quanto previsto nel presente accordo/contratto la struttura si è resa disponibile a mettere a disposizione del SSR, a far data dal \_\_\_\_\_ e fino alla durata della emergenza sanitaria, ovvero per il diverso periodo, anche inferiore, stabilito dalla Regione, secondo le modalità e i termini di cui al D.L. n.18 del 17.03.2020, così come previsto al successivo art. 6, n. \_\_\_\_ posti letto/posti residenza/ attività (capacità massima ricettiva) da attivare/utilizzare esclusivamente sulla base della configurazione comunicata dalla Regione in funzione delle esigenze dettate dalla pandemia tutt'ora in corso.

**5.** A mezzo e nei limiti di quanto previsto nel presente accordo/contratto la struttura è ammessa ad erogare in coerenza e nel rispetto di quanto disposto al precedente art. 3, in nome e per conto e con onere a carico del SSR, le seguenti prestazioni:

- \_\_\_\_\_;

- \_\_\_\_\_;

- \_\_\_\_\_;

- Somministrazione vaccini (nel caso di attivazione di CVP);

- Prestazioni di dialisi in regime ambulatoriale (nel caso di attivazione di posti letto tecnici di cui all'intervento lettera D, punto 1, art. 2).

6. Le prestazioni sanitarie e/o socio-sanitarie che saranno rese sui posti letto/residenziali dovranno essere registrate, da parte della struttura, nei relativi flussi informativi dedicati seguendo la disciplina regionale allegata al presente accordo, per farne parte integrante e sostanziale (*Allegato B*), ovvero successivamente adeguata.

#### **Art. 6 - Durata**

1. Il presente accordo/contratto si applica a far data dal 19 novembre 2021 (data di entrata in vigore del DM Salute 12/08/2021) e ha efficacia a partire dal \_\_\_\_\_, fino alla cessazione dello stato di emergenza, di cui al DPCM 31 gennaio 2020 e s.m.i., ovvero per il diverso periodo, anche inferiore, stabilito dalla Regione con propria determinazione correlata alla disciplina per il rientro nella fase ordinaria, in relazione al ruolo della struttura nella rete.

2. Resta inteso che, in ogni momento, qualora sia rideterminato il fabbisogno da parte della Regione, anche in funzione della gestione dell'emergenza sanitaria, verranno adeguati condizioni, oggetto e remunerazione pattuiti nel presente accordo/contratto, tenuto conto del ruolo della struttura nella rete nonché delle risorse finanziarie disponibili.

3. Qualora, al termine dell'efficacia del presente accordo/contratto, come stabilito al precedente comma 1, la struttura abbia ancora in carico pazienti, con riferimento agli stessi e fino alla loro dimissione, alla struttura verrà riconosciuto il corrispettivo determinato nel presente accordo/contratto.

#### **Art. 7 – Corrispettivo, Tariffe e Regole di remunerazione**

1. L'importo indicato nel presente accordo/contratto potrà essere riconosciuto oltre i livelli massimi di finanziamento assegnati alla struttura dall'Amministrazione regionale per l'anno di riferimento per l'acquisto di prestazioni sanitarie *ex art. 8-quinquies* del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., fermo restando che quest'ultimi dovranno riassorbire la produzione erogata nel corso dell'anno, ivi comprese le prestazioni/attività rese per la gestione dell'emergenza COVID-19. Il budget, ai sensi della richiamata normativa emergenziale (DL 18 /2020 e s.m.i.), è da intendersi valicabile esclusivamente nella misura in cui sia necessario gestire i pazienti COVID e NO COVID dalle strutture inserite nella rete dell'emergenza, solo se correlati agli interventi previsti nel presente contratto, per il periodo limitato allo stato di emergenza o per quello diversamente determinato dalla parte pubblica, pure inferiore, per il rientro alla gestione ordinaria. Le prestazioni/attività legate all'emergenza COVID potranno essere remunerate in misura ulteriore rispetto al livello di finanziamento assegnato solo in caso di raggiungimento del budget per effetto della produzione ordinaria e della produzione/attività autorizzata dal presente contratto, applicando i criteri di remunerazione vigenti e previsti dal presente articolo.

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

3. Il corrispettivo di cui al presente accordo/contratto è considerato riconoscibile e remunerabile esclusivamente per le prestazioni erogate in conformità con la configurazione di autorizzazione e/o di accreditamento e con la normativa vigente.

4. Il prezzo unitario delle singole prestazioni di cui la struttura ha potestà di erogazione in base al presente accordo/contratto è quello fissato dalle tariffe regionali stabilite tenendo conto del DM Salute 12/08/2021 e, in subordine, da quelle regionali vigenti *ratione temporis* al momento della sottoscrizione dell'accordo/contratto e, in via residuale, dalle tariffe nazionali vigenti.

5. Le prestazioni richieste e oggetto del presente accordo/contratto sono esclusivamente quelle previste al precedente art. 5 e le tariffe devono ritenersi a tutti gli effetti quale remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni, salvi i casi di integrazione espressamente previsti dal presente accordo/contratto.

6. L'attività di ricovero/assistenza erogata, correlata allo stato di emergenza COVID -19, sarà valorizzata secondo le regole specificate di seguito.

#### Strutture Ospedaliere

- a) con riferimento alle prestazioni di ricovero per acuti rese sui posti letto di cui al precedente art. 2, comma 3, lett. **A (Strutture NON COVID), punto 1**, è prevista una remunerazione a tariffa per DRG al 100%, secondo le regole ordinarie vigenti, senza abbattimenti; tale criterio di remunerazione verrà applicato per tutte le dimissioni effettuate a partire dal 19 novembre 2021;
- b) con riferimento alle prestazioni per post acuti rese sui posti letto di cui al precedente art. 2, comma 3, lett. **A (Strutture NON COVID), punto 2**, è prevista una remunerazione al 100%, secondo le regole ordinarie vigenti, senza abbattimenti; tale criterio di remunerazione verrà applicato per tutte le dimissioni effettuate a partire dal 19 novembre 2021;
- c) con riferimento alle prestazioni di ricovero rese sui posti letto di cui al precedente art. 2, comma 3, lett. **B, punti 1., 2. e 3. (Strutture COVID, distinte tra “HUB”, “Spoke I” e “Spoke II”)**, è prevista una remunerazione a tariffa per DRG al 100%, secondo le regole ordinarie vigenti, senza abbattimenti; tale criterio di remunerazione verrà applicato per tutte le dimissioni effettuate a partire dal 19 novembre 2021. Inoltre, verrà riconosciuta:
  - o una maggiorazione tariffaria per ciascun episodio di ricovero<sup>1</sup>, con durata di degenza maggiore di 1 giorno, la cui SDO riporti contemporaneamente (i) almeno una delle diagnosi per la malattia da SARS-CoV-2 di cui al DM Salute 28/10/2020 di seguito riportate: 043.XX, 480.4X, 518.9X, 519.7X e (ii) il codice reparto 77 (codifica regionale utilizzata per identificare i casi COVID – **cf. Allegato B**). Nello specifico, se il ricovero è avvenuto esclusivamente in area medica e, quindi, nelle specialità di reparto cod. 20, 24, 26, 37, 68, 94 verrà riconosciuta una maggiorazione tariffaria per episodio di cura pari ad **euro 3.713,00**; se il ricovero è transitato in terapia intensiva verrà riconosciuta una maggiorazione tariffaria per episodio di cura pari ad **euro 9.697,00**. Nel caso di trasferimento di un paziente in strutture diverse l'incremento tariffario verrà riconosciuto, una sola volta, in occasione della chiusura dell'esercizio di competenza, con riferimento all'*intero*

---

<sup>1</sup> Per episodio di ricovero si intendono (i) tutti i ricoveri la cui accettazione e dimissione sia avvenuta nella stessa struttura, (ii) tutti i ricoveri per i quali sia stato rilevato un trasferimento tra due strutture entro le 24 ore.

*episodio di cura ospedaliero*: l'incremento tariffario verrà applicato in funzione dell'episodio di cura (area medica/transito in terapia intensiva) e della durata presso ciascuna delle strutture in cui è avvenuto il ricovero<sup>2</sup>. Nel caso di trasferimento dei pazienti in reparti diversi di una stessa struttura di ricovero, l'incremento tariffario è riconosciuto una volta con riferimento all'intero episodio di cura ospedaliera;

- una funzione assistenziale a copertura dei maggiori costi di attesa dei posti letto di Area Medica (cod. specialità reparto 20, 24, 26, 37, 68, 94) e di Terapia Intensiva attivati e non occupati dedicati ai pazienti COVID. Nello specifico, verrà riconosciuta:
  - con riferimento ai posti letto di Area Medica (cod. specialità reparto 20, 24, 26, 37, 68, 94), una tariffa per posto-letto/die non occupato di **euro 447,00** per le strutture identificate come Hub nell'ambito della rete di emergenza COVID, **euro 400,00** per le strutture identificate come Spoke I nell'ambito del presente contratto ed **euro 371,00** per le strutture identificate come Spoke II nell'ambito del presente contratto;
  - con riferimento ai posti letto di Terapia Intensiva, una tariffa per posto-letto/die non occupato di **euro 1.467,00** per le strutture identificate come Hub nell'ambito della rete di emergenza COVID ed **euro 1.334,00** alle strutture identificate come Spoke I e Spoke II nell'ambito del presente contratto.

L'importo di tale finanziamento a funzione, riconosciuto a consuntivo alla struttura, non potrà eccedere i costi sostenuti dalla stessa. Al fine di consentire la valutazione dei costi rendicontati dalla struttura, la stessa è tenuta a rendicontare: (i) i posti letto dedicati alla cura dei pazienti COVID attraverso l'invio mensile del modello di cui all'**Allegato C**, (ii) i maggiori costi connessi all'allestimento e alla gestione dei posti letto dedicati ai pazienti COVID attraverso l'utilizzo del modello di cui all'**Allegato D**.

### Strutture territoriali

- a) per le giornate erogate in strutture residenziali di Livello Assistenziale Estensivo dedicate all'assistenza a utenti COVID positivi di cui al precedente art. 2, comma 3, lett. **C, punto 1**, si applica la tariffa/die regionale prevista per tale livello assistenziale (**euro 144,00**);
- b) per le giornate erogate in strutture residenziali di Livello Assistenziale Estensivo dedicate all'assistenza a utenti NO COVID di cui al precedente art. 2, comma 3, lett. **C, punto 2**, si applica la tariffa/die regionale prevista per tale livello assistenziale (**euro 144,00**);
- c) con riferimento alle giornate erogate con altre forme di assistenza dedicate a pazienti COVID o NON COVID (es. assistenza psichiatrica, riabilitativa territoriale etc.), così come richiesto nella nota

---

<sup>2</sup> Nel caso di un intero episodio di cura in cui il ricovero è avvenuto esclusivamente in area medica, verrà riconosciuta la maggiorazione tariffaria pari ad euro 3.713,00 ripartita tra le strutture proporzionalmente alla durata della degenza in ciascuna. Nel caso di un intero episodio di cura in cui è stato registrato un transito in terapia intensiva, verrà riconosciuta la maggiorazione tariffaria pari ad euro 9.697,00 ripartita tra le strutture proporzionalmente alla durata della degenza in ciascuna.

regionale prot. n. 0837904 del 30 settembre 2020, di cui al precedente art. 2, comma 3, lett. **C, punto 3**, si applica la tariffa/die regionale prevista;

- d) i farmaci incluso l'ossigeno, per la terapia correlata a COVID-19 sono a carico della struttura ospitante, i farmaci per terapie croniche pregresse di ciascun assistito sono prescritti con modalità dematerializzata dal medico specialista/MMG o, in alternativa, erogati dalla ASL territorialmente competente;
- e) l'ossigeno per patologia concomitante somministrato presso strutture prive di impianto centralizzato, sarà erogato con le modalità previste per l'ossigeno terapia domiciliare.

#### Dialisi

- a) con riferimento alle prestazioni di dialisi in regime ambulatoriale rese a pazienti COVID sui posti letto tecnici di cui al precedente articolo 2, comma 3, lett. **D, punto 1**, si applicano le tariffe previste dal nomenclatore regionale vigente;

**7.** Nel caso di realizzazione ed attivazione di un Centro vaccinale privato (CVP) di cui al precedente articolo 2, comma 3, lett. **E, punto 1**:

- a. La tariffa complessiva e omnicomprensiva di tutte le attività per la somministrazione di ogni prestazione vaccinale al singolo paziente è pari ad euro 12,00 (dodici/00).
- b. La tariffa si intende comprensiva di tutte le attività inerenti al percorso vaccinale e di quanto occorrente allo svolgimento della prestazione vaccinale ad eccezione di quanto previsto al successivo punto d. (accoglienza e accettazione, counselling, anamnesi pre-vaccinale e consenso informato, ricostituzione del vaccino, ove prevista, somministrazione della vaccinazione, osservazione del paziente, gestione delle reazioni avverse, registrazione dei dati sul sistema AVR).
- c. L'organizzazione del personale impiegato nell'attività vaccinale è assicurata con personale diverso da quello già remunerato dal SSR per l'esecuzione delle medesime attività vaccinali (es. MMG e PLS).
- d. I dispositivi di protezione e il restante materiale necessario alle sedute vaccinali sono a carico delle strutture che svolgono l'attività di vaccinazione, ad eccezione dei vaccini e delle apposite siringhe.
- e. Qualora eventuali nuove disposizioni nazionali e/o regionali, successive alla sottoscrizione del presente contratto, dovessero imporre alla struttura ulteriori oneri che incidono sulla tariffa concordata di cui al presente articolo, la struttura ha facoltà di recedere dal presente accordo, dandone comunicazione alla ASL di riferimento almeno 30 (trenta) giorni prima dell'interruzione dell'erogazione del servizio ai fini della programmazione, fermo restando il riconoscimento delle prestazioni effettivamente erogate secondo le modalità previste.

#### **Art. 8 - Distribuzione dell'attività, flussi informativi, prescrizione dematerializzata e rischio clinico**

- 1.** La struttura non deve fornire prestazioni con onere a carico del SSR qualora non coerenti con la configurazione di autorizzazione e/o di accreditamento e/o comunque qualora violino il contenuto del presente accordo/contratto.
- 2.** La struttura comunica alla ASL e alla Regione Lazio, con congruo anticipo, eventuali sospensioni di funzioni o attività sanitarie, oggetto del presente accordo/contratto; il preavviso, che deve essere effettuato a mezzo PEC, deve essere tale da garantire continuità assistenziale e da evitare disagio all'utenza.
- 3.** Nell'ambito della configurazione di autorizzazione/accreditamento, le prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR devono essere rese nel rispetto degli obiettivi di programmazione e di indirizzo regionale, dei criteri di congruità e appropriatezza, nonché con finalità di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure erogate, tenendo conto del governo delle liste d'attesa in ambito ospedaliero e specialistico.
- 4.** La struttura sanitaria, in adempimento all'obbligo informativo relativo al FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico che racchiude l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito ai sensi del Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico DPCM n. 178/2015) previsto dall'articolo 12, comma 7 del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 22, è tenuta alla trasmissione dei dati contenuti nelle SDO (DM 28.12.1991, DM 380/2000) e nei referti per esterni, per prestazioni erogate sia in regime privatistico, che con onere a carico del SSR, in modo completo e conforme al DM 261/2016. Tale trasmissione è richiesta anche allo scopo di consentire alla Regione l'interoperabilità fra i FSE, curata dall'apposita Infrastruttura (INI) istituita ai sensi del comma 15-ter dell'art. 12 del D.L. citato e realizzata, in raccordo con AGID, dal Ministero dell'economia e delle Finanze che assume la titolarità del trattamento dei dati (art. 22 Decreto Ministero dell'Economia e delle Finanze 4 agosto 2017). L'inosservanza, anche parziale, delle disposizioni del presente articolo costituisce grave inadempimento ai sensi del successivo art. 15 ed è causa di risoluzione dello stesso.
- 5.** 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. La mancata trasmissione dei flussi, anche solo parziale, costituisce grave inadempimento ai sensi del successivo art.15 ed è causa di risoluzione del presente contratto.
- 6.** Le strutture abilitate provvedono, a partire dal 1luglio 2019, alla prescrizione medica (specialistica e farmaceutica) per il tramite di medici con i quali hanno documentato rapporto di lavoro, in misura almeno pari al 65%, aumentato al 95% a decorrere dal 1° gennaio 2020, esclusivamente in modalità dematerializzata su ricettario SSN, ad eccezione dei PAC che continueranno ad 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. L'inosservanza, anche parziale, delle disposizioni del presente articolo costituisce grave inadempimento ai sensi del successivo art. 15 ed è causa di risoluzione del contratto.

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

### **Art. 9 – Valorizzazione di prestazioni erogabili**

Le prestazioni oggetto del presente contratto non prevedono la fissazione di un budget e sono remunerate, a seguito dei controlli di legge, in funzione delle prestazioni effettivamente erogate, tenuto conto della capacità produttiva nonché dei costi di attesa di posti letto di ricovero ospedaliero per acuti per pazienti affetti da COVID-19 nelle discipline medico-internistiche e di Terapia Intensiva. Per tali voci non è indicata la relativa remunerazione, che verrà determinata a consuntivo.

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

- 1.** Le prestazioni sanitarie dovranno essere erogate nella piena osservanza delle disposizioni normative e regolamentari, nazionali e regionali, applicabili in materia, avuto in particolare riguardo ai Decreti del Commissario *ad acta* nn. 90/2010, 8/2011, 282/2017, 283/2017 e 469/2017 e s.m.i.
- 2.** Le prestazioni sanitarie sono erogate dalla struttura secondo le modalità e con le caratteristiche previste dai provvedimenti nazionali e regionali in materia e, in ogni caso, nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento, di qualità e appropriatezza imposti dalla buona e diligente pratica professionale, secondo l'assetto organizzativo e funzionale di cui ai provvedimenti autorizzativi e di accreditamento che la struttura si impegna a rispettare per tutta la vigenza del presente accordo/contratto.
- 3.** La struttura dichiara e garantisce l'adeguatezza e il perfetto stato d'uso delle apparecchiature nel tempo e si impegna a tenere a disposizione della ASL e della Regione Lazio, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e la documentazione dell'attività di manutenzione effettuata.
- 4.** L'erogazione della prestazione sanitaria ammessa alla remunerazione a carico del SSR è subordinata alla richiesta compilata su ricettario del SSN a cura del medico prescrittore, in conformità a quanto

previsto dal D.M. 17 novembre 1988, n. 350, dal D.M. 17 marzo 2008, dal D.M. 2 novembre 2011 e dalle disposizioni regionali in materia, ovvero, nel caso di trasferimento di pazienti da P.S., attraverso lettera di trasferimento della struttura inviata o verbale di emergenza del sanitario della struttura accettante sul quale dovranno essere specificate le seguenti indicazioni:

- a) Dati anagrafici del paziente;
- b) Tipo di trattamento richiesto.

**5.** La struttura si impegna a svolgere le prestazioni sanitarie e a trattare i dati dei pazienti nel pieno rispetto del D. Lgs. n. 196/2003 - “Codice in materia di protezione dei dati personali” -, come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018, nonché del Regolamento UE n. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27/04/2016 (GDPR) e, in particolare, nel rispetto di quanto previsto al titolo V del Codice, rubricato: “Trattamento di dati personali in ambito sanitario” e dell’art. 9 del Regolamento UE.

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

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

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

**9.** Si rinvia alle disposizioni di cui all’articolo 8 comma 11.

**Art. 11 – Controlli sull’attività sanitaria (art. 8-*octies* D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. - DM Salute 12/08/2021)**

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

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

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

- a) predisporre condizioni organizzative tali da consentire l’acquisizione da parte della ASL e della Regione, anche attraverso gli strumenti informatici, di ogni dato ritenuto utile a verificare il corretto adempimento;
- b) consegnare alla ASL o alla Regione la documentazione relativa alle prestazioni sanitarie rese;

c) consentire alla Regione o alla ASL la verifica dell'appropriatezza clinica e/o organizzativa, anche relativa al mantenimento dei requisiti autorizzativi e/o di accreditamento.

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

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

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

**7.** La mancata consegna della documentazione richiesta entro il termine assegnato comporta la sospensione dei pagamenti sulle prime fatture utili, nella misura pari al valore delle prestazioni oggetto della documentazione non consegnata.

**8.** Di ciascun accesso e/o controllo dovrà essere redatto verbale, di cui una copia spetterà alla struttura.

**9.** Le attività di codifica della SDO per pazienti COVID 19 seguono le linee guida ministeriali inviate con nota prot. n. 241580 del 24 marzo 2020; dalla valutazione con il metodo APPRO 3 sono esclusi i ricoveri relativi ai dimessi dai reparti/strutture COVID così come identificati nel flusso informativo dedicato.

**10.** La ASL è tenuta a monitorare e controllare la struttura sul rispetto degli accordi contrattuali nonché sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese, anche al fine di verificare la coerenza con la rendicontazione di cui all'art. 7.

**11.** Per tutto quanto non regolato dal presente contratto, si applica la disciplina nazionale e regionale in materia di controlli vigente al momento dell'erogazione della prestazione, nonché le disposizioni del DM Salute 12/08/2021, con particolare riferimento a quanto disposto all'art. 6 "Attività di controllo".

**12.** Nel caso di attivazione di una Centro vaccinale privato (CVP):

- Prima dell'emissione dei provvedimenti di liquidazione delle somme spettanti per l'erogazione delle prestazioni inerenti alla somministrazione dei vaccini anti SARS-CoV-2 (Covid-19), la ASL di competenza disporrà controlli, anche a campione, finalizzati a verificare il rispetto di quanto previsto dal presente Accordo/Contratto.
- La struttura ha l'obbligo di consentire e agevolare le attività di controllo ed è tenuta a consegnare i documenti che verranno eventualmente richiesti.

- L'accertamento di eventuali inosservanze delle disposizioni contenute nel presente Accordo/Contratto, delle indicazioni e raccomandazioni nazionali e regionali in materia e/o la mancata collaborazione nell'attività di controllo di cui ai precedenti punti, comporta la restituzione parziale delle somme erogate dall'Azienda sanitaria, a titolo di penale, nella misura pari al 10% (dieci per cento) dell'importo complessivo erogato alla struttura, fermo il rigoroso rispetto delle priorità vaccinali di cui all'allegato denominato "*Indicazioni Vaccinali*", la violazione del quale determina la risoluzione di diritto dell'accordo, con ogni connessa conseguente ulteriore responsabilità.
- Nel caso di mancata restituzione totale o parziale delle somme di cui al precedente comma entro 30 giorni dalla richiesta, verranno applicati gli interessi legali al tasso ufficiale di riferimento vigente e la rivalutazione monetaria, calcolati dalla data della richiesta fino all'effettiva restituzione; in tal caso, si procederà al recupero dell'importo sulle prime fatture utili emesse, in ambito sanitario, dalla struttura anche ad altro titolo.

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

1. Le modalità di fatturazione e di pagamento della remunerazione di cui al presente accordo/contratto seguono i termini e le condizioni previste nel regolamento, allegato al presente accordo/contratto e parte integrante dello stesso (*Allegato A*), con salvezza di ogni eventuale diversa determinazione regionale in senso più favorevole alla struttura, anche volta a consentire la corretta contabilizzazione a cura delle Aziende pubbliche su appositi centri di costo COVID dell'attività resa durante il periodo emergenziale.
2. La liquidazione e/o l'avvenuto saldo non pregiudicano, in alcun modo, la ripetizione di somme che, sulla base dei controlli effettuati sulle prestazioni sanitarie erogate, risultassero non dovute, in tutto o in parte, mediante trattenuta sulle prime fatture utili, ovvero in conformità ad un piano di rateizzazione stabilito dall'ASL di riferimento, sulla base delle Linee Guida regionali.
3. I controlli da effettuare, da parte della ASL, ai fini della liquidazione includono i seguenti accertamenti:
  - a) che la prestazione sia stata effettivamente resa;
  - b) che la prestazione resa rientri, per tipologia, quantità e caratteristiche, tra quelle oggetto del presente accordo/contratto e che sia coerente e conforme alla configurazione di autorizzazione e/o accreditamento;
  - c) che la prestazione sia stata resa in modo congruo e appropriato, secondo le modalità e la tempistica prevista dalla normativa vigente in materia.
4. La ASL deve, inoltre, verificare che:
  - d) gli importi unitari indicati in fattura per le prestazioni erogate siano conformi alle tariffe regionali e/o nazionali applicabili, come richiamate nel presente accordo/contratto;
  - e) la regolarità amministrativo-contabile delle fatture stesse in base alla normativa vigente;
  - f) venga effettuato il controllo della posizione della struttura, secondo quanto disposto dal D.M. 24 ottobre 2007 e dall'art. 48-bis del DPR 602/73.
5. All'esito del procedimento di controllo sulle prestazioni sanitarie ai sensi dell'art. 8 *octies* del D. Lgs.

502/1992 e s.m.i., qualora, effettuate le verifiche, emerga un importo da recuperare relativamente agli importi derivanti dai valori concordati, dai valori non concordati e dalle sanzioni amministrative, si procederà secondo i tempi e con le modalità definite nel regolamento allegato al presente accordo/contratto e parte integrante dello stesso (*Allegato A*).

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

7. Nel caso di attivazione di un Centro Vaccinale Privato (CVP):

- La struttura dovrà emettere una fattura, con cadenza mensile, nel mese di riferimento, secondo le procedure indicate nella "Disciplina Uniforme sulle modalità di fatturazione e pagamento", parte integrante del presente Accordo/Contratto.
- Saranno riconosciuti dalla ASL di riferimento gli importi relativi alle somministrazioni di vaccini effettivamente erogati e debitamente registrati sul sistema regionale AVR, nel rispetto dell'ordine di priorità stabilito a livello nazionale e regionale.
- L'emissione della fattura potrà avvenire solo a seguito della registrazione dei dati relativi alle somministrazioni sul sistema regionale AVR, a partire dal 10° giorno del mese successivo a quello di competenza e dovrà avvenire secondo le seguenti modalità:
- nel predisporre della fattura sul Sistema Pagamenti, la struttura dovrà:
  - Riportare necessariamente nell'oggetto della fattura la dicitura " Somministrazione Vaccino Anti -COVID";
  - Selezionare il contratto di budget (2019-2021) sottoscritto;
  - Selezionare nel campo "Tipologia" della sezione "Riga della Fattura/Nota di credito -Tipologia prestazione" il codice "P2021 - Somministrazione vaccino Anti-COVID";
- Non saranno remunerate le somministrazioni nei confronti del personale dipendente, medico, non medico e amministrativo, ivi compreso quello operante in altri presidi della medesima struttura o dello stesso gruppo societario.

### **Art. 13 - Cessione dell'accordo/contratto**

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

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

## **Art. 14 - Cessione dei crediti**

Le modalità e i termini di cessione dei Crediti derivanti dal presente accordo/contratto sono disciplinate dall'art. 117, comma 4-bis, del D.L. 19 maggio 2020 n. 34, convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77, nonché dal regolamento allegato al presente contratto, al quale si rinvia integralmente (Disciplina Uniforme, *Allegato A*), non essendo ammesse altre forme di cessione del credito.

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

- 1.** Fermo restando il diritto al risarcimento dei danni e ogni altro rimedio previsto ai sensi della normativa vigente, in caso di inadempimento al presente accordo/contratto da parte della struttura, la ASL, di concerto con la Regione, può chiedere la risoluzione dello stesso ai sensi dell'art. 1453 c.c.
- 2.** Accertato l'inadempimento, la ASL contesta, per iscritto, i fatti alla struttura concedendo alla stessa il termine di 30 (trenta) giorni a far data dalla ricezione della contestazione per la presentazione di documentazione e di osservazioni scritte. La struttura può all'uopo avvalersi dell'ausilio e dell'assistenza della propria Associazione di categoria rappresentativa delle strutture private accreditate.
- 3.** Trascorso il termine assegnato, la ASL, qualora non ritenga di accogliere le deduzioni della struttura, concerta preventivamente con la Regione la risoluzione dell'accordo/contratto, motivandone debitamente le ragioni. Diversamente, tenuto conto delle giustificazioni e della gravità dell'inadempimento, la ASL può diffidare la struttura ad adempiere entro un congruo termine, comunque non inferiore a 15 gg., ritenuto essenziale, decorso il quale l'accordo/contratto si intenderà risolto ai sensi dell'art. 1457 c.c.
- 4.** Nel caso in cui l'accordo/contratto sia stato sottoscritto sotto condizione risolutiva espressa ai sensi del precedente art. 3, comma 8, qualora, a seguito delle verifiche, dovesse emergere il mancato possesso di uno o più requisiti di cui al comma 2 del precedente art. 3, il presente accordo/contratto è risolto di diritto secondo quanto disposto ai successivi commi 5 e 6.
- 5.** Il presente accordo/contratto è risolto di diritto, ai sensi dell'art. 1456 c.c., in una delle ipotesi di seguito indicate:
  - a) diniego definitivo e/o revoca dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento definitivo, ovvero di quello provvisorio;
  - b) accertata definitiva carenza dei requisiti oggettivi e/o soggettivi richiesti di cui al precedente art. 3;
  - c) accertata incapacità, per cause imputabili alla struttura, di garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie per le quali la struttura è autorizzata e/o accreditata;
  - d) falsità di alcuna delle dichiarazioni rese di cui al precedente art. 3, comma 2, lettere a), b), c), d), e) ed f);
  - e) violazione dell'articolo 8 commi 10 e 11 in materia di Fascicolo sanitario elettronico e trasmissione e gestione dei dati sanitari e dei flussi informativi;
  - f) violazione dell'articolo 8 comma 12 in materia di prescrizione dematerializzata;
  - g) violazione dell'articolo 8 comma 13 in materia di dati inerenti il rischio clinico e le obbligazioni derivante dalla L. 24/2017;

h) violazione del precedente art. 13, in materia di cessione dell'accordo/contratto;

i) violazione del successivo art. 17, comma 3, del presente accordo/contratto.

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

**7.** Resta inteso che, a far data dalla comunicazione della sospensione e/o revoca dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento o di avvenuta risoluzione dell'accordo/contratto, la struttura non potrà più ricoverare nuovi pazienti.

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

**9.** Le disposizioni del presente articolo si applicano nei limiti di quanto compatibile con lo stato emergenziale, tenuto conto della tempistica e della deroga ai requisiti di autorizzazione e accreditamento di cui al D.L. n. 18/2020, convertito dalla L. n. 27/2020.

### **Art. 16 – Controversie**

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

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

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

### **Art. 17 - Clausole di salvaguardia**

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

**2.** Con la sottoscrizione del presente accordo/contratto, la struttura accetta espressamente di applicare il regolamento sulle modalità di fatturazione e di pagamento, allegato al presente accordo/contratto e parte integrante dello stesso (**Allegato A**), pena l'impossibilità per Parte pubblica di procedere alla liquidazione delle fatture e al conseguente pagamento delle stesse. Le fatture trasmesse con modalità estranee e/o

diverse da quelle previste nel suddetto regolamento verranno, pertanto, respinte dalla ASL.

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

4. Si applica l'articolo 3, comma 4 del d.l. 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla L. n. 27/2020 e s.m.i.

#### **Art. 18 - Immodificabilità dell'accordo/contratto**

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

#### **Art. 19 - Norma di rinvio**

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

#### **Art. 20 - Registrazione**

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

#### **Art. 21 - Elezione di domicilio**

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

Roma, \_\_\_\_\_

La ASL

La struttura

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: 3) Requisiti oggettivi e soggettivi; 4) Comportamento secondo buona fede; 6) Durata; 7) Corrispettivo, Tariffe e Regole di remunerazione; 8) Distribuzione dell'attività, flussi informativi, prescrizione dematerializzata e rischio clinico; 10) Requisiti e modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie - Privacy; 11) Controlli sull'attività sanitaria (art. 8-octies D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. - DM Salute 12/08/2021); 12) Modalità di fatturazione, liquidazione e termini per il pagamento della remunerazione; 13) Cessione dell'accordo/contratto; 14)

Cessione dei crediti; 15) Risoluzione dell'accordo/contratto e recesso; 16) Controversie; 17) Clausole di salvaguardia; 18) Immodificabilità dell'accordo/contratto.

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

Roma, \_\_\_\_\_

La ASL

La struttura

## **Allegato A**

### **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 Cessionario 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 provvedimento conclusiva del procedimento sui controlli, qualora la Struttura non provveda ad emettere la Nota di Credito entro i termini previsti al punto 5.5, procede in ogni caso alla regolarizzazione dei Crediti riferiti a fatture poste in stato di blocco a titolo di recupero finanziario attraverso la presa d’atto della suddetta nota.

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

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

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

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

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

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

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

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

**6.3** In caso di mancata restituzione nei predetti termini, l'Azienda Sanitaria avrà il diritto di compensare l'importo che deve essere restituito dalla Parte privata e/o dall'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso con i successivi pagamenti dovuti dall'Azienda Sanitaria ad uno di tali soggetti; qualora non sia possibile procedere alla compensazione, la Parte privata e/o l'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso sono tenuti a corrispondere all'Azienda Sanitaria - ogni eccezione rimossa ed in aggiunta al ristoro di ogni spesa o costo (anche legali) sostenuti e/o danno eventualmente subito dall'Azienda stessa - gli interessi sull'importo da rimborsare, calcolati al tasso legale di cui all'art. 1284 c.c., maturati a decorrere dal 15° giorno successivo alla data di ricezione della richiesta di restituzione, inviata a mezzo posta elettronica certificata, sino alla data di effettivo soddisfo.

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

**6.5** Nel caso in cui la Struttura, per qualsivoglia motivo, non rispetti l'obbligo di invio delle Fatture secondo la suindicata procedura, e trasmetta, invece, direttamente attraverso il Sistema di Interscambio all'Azienda Sanitaria una o più Fatture, ad esclusione delle Fatture indicate al precedente 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 esclusivamente dall'art. 106, comma 13, del D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.i..

## Allegato B

### Flussi Informativi

Le prestazioni sanitarie o socio-sanitarie che saranno rese sui posti letto/posti residenza dovranno essere registrate da parte delle strutture nei relativi flussi informativi dedicati ed in particolare:

- a) Per le prestazioni di ricovero ospedaliero in acuzie e post acuzie erogate dalle strutture di cui all'art. 2, comma 3, **punto A. del contratto**, sia in possesso che non in possesso delle credenziali di accesso per la registrazione dell'attività di acuzie e/o post acuzie (lungodegenza medica e riabilitazione) nei relativi flussi informativi SIOXL e RAD-R:
  - Per le strutture già in possesso di credenziali di accesso i posti letto attivati dovranno essere tracciati codificando il reparto di accettazione/trasferimento (ove previsto)/dimissione con il codice '98' indipendentemente dalla specialità clinica o disciplina;
  - Per le strutture non in possesso di credenziali di accesso è necessario fare richiesta di accesso al relativo flusso informativo per l'invio dei dati secondo il tracciato in uso. Inoltre i posti letto attivati dovranno essere tracciati codificando il reparto di reparto di accettazione/trasferimento (ove previsto)/dimissione con il codice '98' indipendentemente dalla specialità clinica o disciplina;
- b) Per le prestazioni di ricovero ospedaliero in acuzie e post acuzie erogate dalle strutture di cui all'art. 2, comma 3, **punto B. del contratto**, sia in possesso che non in possesso delle credenziali di accesso per la registrazione dell'attività di acuzie e/o post acuzie (lungodegenza medica e riabilitazione) nei relativi flussi informativi SIOXL e RAD-R per il trattamento dei pazienti affetti da COVID-19:
  - Per le strutture già in possesso di credenziali i posti letto attivati dovranno essere tracciati codificando il reparto di accettazione/trasferimento (ove previsto)/dimissione con il codice '77' indipendentemente dalla specialità clinica o disciplina e codificare le diagnosi alla dimissione (SIOXL) o la diagnosi principale (RAD-R) secondo le indicazioni di cui al DM 28 ottobre 2020;
  - Per le strutture non in possesso di credenziali di accesso è necessario fare richiesta di accesso al relativo flusso informativo per l'invio dei dati secondo il tracciato in uso. Inoltre i posti letto attivati dovranno essere tracciati codificando il reparto di reparto di accettazione/trasferimento (ove previsto)/dimissione con il codice '77' indipendentemente dalla specialità clinica o disciplina e codificare le diagnosi alla dimissione (SIOXL) o la diagnosi principale (RAD-R) secondo le indicazioni di cui al DM 28 ottobre 2020;
- c) Per le prestazioni di assistenza territoriale erogate dalle strutture di cui all'art. 2, comma 3, **punto C. del contratto**:
  - le nuove strutture (attualmente non RSA) che attiveranno posti R1 e/o estensivi, devono procedere all'abilitazione a sistema;
  - per le strutture RSA già presenti nel flusso SIRA si modificherà il profilo della struttura in base ai nuovi posti R1 e/o estensivi.
  - per i ricoveri in Hospice, il dato verrà registrato attraverso le attuali modalità, che consistono nella compilazione di un file xls predefinito (contenente tutte le informazioni come da debito NSIS), il quale viene successivamente trasmesso a LAZIOcrea attraverso il portale Alfresco previa richiesta di abilitazione al portale.

**N.B. La presente dichiarazione dovrà essere trasmessa all'Azienda Sanitaria Locale di competenza e alla Direzione Salute e Integrazione Socio-sanitaria della Regione Lazio entro e non oltre il 10° giorno del mese successivo al periodo di attivazione dei posti letto ivi indicato oggetto dell'Accordo/Contratto integrativo COVID (ex DGR \_\_) su carta intestata della società che gestisce il presidio sanitario congiuntamente al documento d'identità del rappresentante legale.**

## Allegato C

**Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà  
relativa alla rendicontazione mensile dei posti letto attivati per la cura dei pazienti COVID  
(Artt. 46, 47 e 76 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(C.F. ....) residente

a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), n.q. di legale rappresentante della società/soggetto

giuridico \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ P. Iva

\_\_\_\_\_ che gestisce il presidio \_\_\_\_\_ sito in

\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_

(C.F..... P.Iva .....)

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i., nel caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

### DICHIARA

- Che con riferimento al presidio di cui sopra, sono stati messi a disposizione del Servizio Sanitario Regionale nel mese di \_\_\_\_\_, anno \_\_\_\_\_, in virtù dell'Accordo Integrativo COVID (ex DGR n. \_\_\_\_\_) sottoscritto con l'Azienda Sanitaria Locale \_\_\_\_/la Regione Lazio, i posti letto di cui alla Tabella 1 allegata;
- Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo 2016/679 e del D.Lgs.n. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Il **trattamento dei dati particolari** viene effettuato nel rispetto dell'articolo 9 paragrafo 2 lettera i) del Regolamento UE 2016/679.

**Li** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

**Il dichiarante**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, alla presente è allegata la fotocopia non autenticata del documento di identità del dichiarante in corso di validità .

**Tabella 1 - Rendicontazione mensile dei posti letto dedicati alla cura dei pazienti COVID attivati in virtù dell'Accordo/Contratto integrativo COVID (ex DGR**

\_\_\_\_\_)

a) Posti letto di Area Medica COVID (Cod. specialità di reparto 20, 24, 26, 68, 94)

Mese: \_\_\_\_\_ Anno: \_\_\_\_\_

Area Medica COVID (Cod. specialità di reparto 20, 24, 26, 68)			Area Medica COVID (Cod. specialità di reparto 94)				Area Medica COVID (Cod. specialità di reparto 20, 24, 26, 68,94)			
Data attivazione	A Numero PL attivati	B Numero Posti letto occupati	C Numero posti letto NON occupati	Data attivazione	D Numero PL attivati	E Numero Posti letto occupati	F Numero posti letto non occupati	A+D Numero PL attivati	B+E Numero Posti letto occupati	C+F Numero posti letto NON occupati
19/11/2021				19/11/2021						
20/11/2021				20/11/2021						
.....				.....						
.....				.....						
.....				.....						
.....				.....						
.....				.....						
.....				.....						
.....				.....						
.....				.....						
.....				.....						
<b>Totale</b>				<b>Totale</b>						

b) Posti letto di Terapia Intensiva (Cod. specialità di reparto 49)

Mese: \_\_\_\_\_ Anno: \_\_\_\_\_

Terapia intensiva COVID (Cod. specialità di reparto 49)			
Data attivazione	Numero PL attivati	Numero Posti letto occupati	Numero posti letto NON occupati
19/11/2021			
20/11/2021			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
<b>Totale</b>			

**N.B. La presente dichiarazione dovrà essere trasmessa all'Azienda Sanitaria Locale di competenza e alla Direzione Salute e Integrazione Socio-sanitaria della Regione Lazio entro e non oltre il 31 marzo dell'anno successivo al periodo di attivazione dei posti letto oggetto dell'Accordo/Contratto integrativo COVID (ex DGR \_\_) su carta intestata della società che gestisce il presidio sanitario congiuntamente al documento d'identità del rappresentante legale.**

## Allegato D

**Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà  
relativa alla rendicontazione annuale dei posti letto attivati per la cura dei pazienti COVID e dei relativi  
maggiori costi di attesa sostenuti per l'allestimento e la gestione dei posti letto  
(Artt. 46, 47 e 76 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(C.F. \_\_\_\_\_) residente  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), n.q. di legale rappresentante della società/soggetto  
giuridico \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ P. Iva  
\_\_\_\_\_ che gestisce il presidio \_\_\_\_\_ sito in  
\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_  
(C.F. .... P.Iva .....

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i., nel caso di dichiarazioni mendacie di formazione o uso di atti falsi,

### DICHIARA

- Che con riferimento al presidio di cui sopra, sono stati messi a disposizione del Servizio Sanitario Regionale [nel periodo 19 novembre 2021 fino al 31 dicembre 2021] o [nel periodo 1 gennaio 2022 fino al 31 dicembre 2022], in virtù dell'Accordo/Contratto Integrativo COVID (ex DGR n. \_\_\_\_\_) sottoscritto con l'Azienda Sanitaria Locale \_\_\_\_/la Regione Lazio, i posti letto di cui alla Tabella 1 allegata;
- Che in relazione ai posti letto di cui alla Tabella 1, questa struttura ha sostenuto complessivamente per il periodo in argomento maggiori costi connessi all'allestimento e alla gestione dei posti letto per euro \_\_\_\_\_, di cui euro \_\_\_\_\_ riferiti ai posti letto di Area medica (Tabella 2) ed euro \_\_\_\_\_ riferiti ai posti letto di Terapia Intensiva (Tabella 3);
- Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Il **trattamento dei dati particolari** viene effettuato nel rispetto dell'articolo 9 paragrafo 2 lettera i) del Regolamento UE 2016/679.

Lì \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Il dichiarante**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, alla presente è allegata la fotocopia non autenticata del documento di identità del dichiarante in corso di validità.

**Tabella 1 - Rendicontazione annuale dei posti letto dedicati alla cura dei pazienti COVID attivati in virtù dell'Accordo/Contratto integrativo COVID (ex DGR \_\_\_\_\_)**

Periodo: da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Area Medica COVID (Cod. specialità di reparto 20, 24, 37, 26, 68, 94)				Terapia intensiva COVID (Cod. specialità di reparto 49)			
Data attivazione	A Numero PL attivati	B Numero Posti letto occupati	C Numero posti letto NON occupati	Data attivazione	D Numero PL attivati	E Numero Posti letto occupati	F Numero posti letto NON occupati
<i>Gennaio</i>				<i>Gennaio</i>			
<i>Febbraio</i>				<i>Febbraio</i>			
<i>Marzo</i>				<i>Marzo</i>			
<i>Aprile</i>				<i>Aprile</i>			
<i>Maggio</i>				<i>Maggio</i>			
<i>Giugno</i>				<i>Giugno</i>			
<i>Luglio</i>				<i>Luglio</i>			
<i>Agosto</i>				<i>Agosto</i>			
<i>Settembre</i>				<i>Settembre</i>			
<i>Ottobre</i>				<i>Ottobre</i>			
<i>Novembre</i>				<i>Novembre</i>			
<i>Dicembre</i>				<i>Dicembre</i>			
<b>Totale</b>	.....	.....	.....	<b>Totale</b>	.....	.....	.....
<i>Tasso di occupazione/non occupazione</i>	<i>Totale B/Totale A</i>		<i>Totale C/Totale A</i>	<i>Tasso di occupazione/non occupazione</i>	<i>Totale E/Totale D</i>		<i>Totale F/Totale D</i>
	..%		..%		..%		..%

**Tabella 2 - Rendicontazione dei maggiori costi connessi all’allestimento e alla gestione dei posti letto di Area Medica (Cod. specialità di reparto 20, 24, 26, 37, 68, 94) dedicati a pazienti COVID.**

Periodo: da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

B) Costi della produzione (Modello CE ex art. 2425 del Codice Civile)	(A) Costi totali*	(B) Costi variabili**	(A)-(B) Costi fissi
<b>B6) per materie prime, sussidiarie, di consumo e di merci</b>			- €
<b>B7) per servizi</b>			- €
<b>B8) per godimento di beni di terzi</b>			- €
<b>B9) per il personale:</b>			- €
a) salari e stipendi			- €
b) oneri sociali			- €
c) trattamento di fine rapporto			- €
d) trattamento di quiescenza e simili			- €
e) altri costi			- €
<b>B10) ammortamenti e svalutazioni:</b>			- €
a) ammortamento delle immobilizzazioni immateriali			- €
b) ammortamento delle immobilizzazioni materiali			- €
<b>B11) variazioni delle rimanenze di materie prime, sussidiarie, di consumo e merci</b>			- €
<b>B14) oneri diversi di gestione</b>			- €
<b>Totale costi fissi</b>			- €

\* Indicare i costi totali afferenti alla gestione caratteristica che devono essere considerati, con riferimento all'attivazione dei posti letto di Area Medica dedicati ai pazienti COVID, coincidenti con le voci B6, B7, B8, B9, B10, B11, B14 dello schema di bilancio di cui all'art. 2425 del Codice Civile; in relazione alla voce B14 devono essere esclusi gli oneri derivanti dalle minusvalenze da cessione di cespiti in quanto non strettamente commessi alla gestione caratteristica.

\*\* Indicare, sempre con riferimento all'attivazione dei posti letto di Area Medica dedicati ai pazienti COVID, i costi variabili identificati con le seguenti voci:  
- acquisti di medicinali, dispositivi medici e altro materiale di consumo classificati nella voce B6) del conto economico (N.B. non devono essere inclusi i costi sostenuti per l'acquisto dei dispositivi di protezione individuale (DPI) per la messa in sicurezza e protezione degli operatori aziendali dal virus Corona virus-2 (SARS-CoV-2) in quanto intesi come costi fissi;  
- costi per servizi appaltati a terzi (ad es. ristorazione, servizio mensa, servizi "extra" on demand) con carattere di variabilità diretta al ricavo classificati nella voce B7) del conto economico;  
- onorari del personale sanitario libero professionista remunerato con contratti esclusivamente "a cottimo" per le singole prestazioni erogate, classificati nella voce B7) del conto economico;  
- eventuali utenze di reparto a consumo di produzione, classificate nella voce B7) del conto economico.

**Tabella 3 - Rendicontazione dei maggiori costi connessi all’allestimento e alla gestione dei posti letto di Terapia Intensiva (Cod. specialità di reparto 49).  
dedicati a pazienti COVID.**

Periodo: da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

B) Costi della produzione (Modello CE ex art. 2425 del Codice Civile)	(A) Costi totali*	(B) Costi variabili**	(A)-(B) Costi fissi
<b>B6) per materie prime, sussidiarie, di consumo e di merci</b>			- €
<b>B7) per servizi</b>			- €
<b>B8) per godimento di beni di terzi</b>			- €
<b>B9) per il personale:</b>			- €
a) salari e stipendi			- €
b) oneri sociali			- €
c) trattamento di fine rapporto			- €
d) trattamento di quiescenza e simili			- €
e) altri costi			- €
<b>B10) ammortamenti e svalutazioni:</b>			- €
a) ammortamento delle immobilizzazioni immateriali			- €
b) ammortamento delle immobilizzazioni materiali			- €
<b>B11) variazioni delle rimanenze di materie prime, sussidiarie, di consumo e merci</b>			- €
<b>B14) oneri diversi di gestione</b>			- €
<b>Totale costi fissi</b>			- €

\* Indicare i costi totali afferenti alla gestione caratteristica che devono essere considerati, con riferimento all'attivazione dei posti letto di Terapia Intensiva dedicati ai pazienti COVID, coincidenti con le voci B6, B7, B8, B9, B10, B11, B14 dello schema di bilancio di cui all'art. 2425 del Codice Civile; in relazione alla voce B14 devono essere esclusi gli oneri derivanti dalle minusvalenze da cessione di cespiti in quanto non strettamente connessi alla gestione caratteristica.

\*\* Indicare, sempre con riferimento all'attivazione dei posti letto di Terapia Intensiva dedicati ai pazienti COVID, i costi variabili identificati con le seguenti voci:  
- acquisti di medicinali, dispositivi medici e altro materiale di consumo classificati nella voce B6) del conto economico (N.B. non devono essere inclusi i costi sostenuti per l'acquisto dei dispositivi di protezione individuale (DPI) per la messa in sicurezza e protezione degli operatori aziendali dal virus Corona virus-2 (SARS-CoV-2) in quanto intesi come costi fissi;  
- costi per servizi appaltati a terzi (ad es. ristorazione, servizio mensa, servizi "extra" on demand) con carattere di variabilità diretta al ricavo classificati nella voce B7) del conto economico;  
- onorari del personale sanitario libero professionista remunerato con contratti esclusivamente "a cottimo" per le singole prestazioni erogate, classificati nella voce B7) del conto economico;  
- eventuali utenze di reparto a consumo di produzione, classificate nella voce B7) del conto economico.

## **Allegato E**

### **“Indicazioni vaccinali”**

#### **I. Elementi costitutivi e Requisiti del CVP**

**1.** Per la realizzazione del CVP, la struttura deve essere dotata di uno spazio *ad hoc* dedicato alla vaccinazione (**Ambulatorio vaccinale**), all'interno del quale sono presenti una o più postazioni di riferimento per la somministrazione del vaccino ad un singolo soggetto nell'unità di tempo (**Linee Vaccinali**).

**2.** All'interno dell'Ambulatorio vaccinale è istituita **un'unità vaccinale**, quale unità funzionale responsabile della somministrazione del vaccino al singolo soggetto per il tempo di somministrazione e per la conseguente registrazione della vaccinazione nel sistema informativo. L'unità vaccinale è costituita da:

- **Personale infermieristico.** Il personale infermieristico è costituito da operatori sanitari che garantiscono ad ogni vaccinazione: (1) informazione sulla vaccinazione e indicazioni su “cosa fare dopo”, evidenziando la necessità di un periodo di osservazione post-vaccinale di almeno 15 minuti e ribadendone la durata sulla base delle risultanze della valutazione pre-vaccinale; (2) preparazione e somministrazione del vaccino. Gli operatori vaccinatori sono inoltre responsabili delle attività propedeutiche alla gestione della seduta vaccinale (es. controllo frigo, controllo lotti, controllo carrello, smaltimento rifiuti, etc. nel rispetto delle buone pratiche vaccinali e delle procedure della struttura). Ai fini programmatori sono considerati uno o due operatori vaccinatori per singola unità vaccinale;

- **Personale medico.** Ai fini programmatori è considerato un medico per un massimo di 4 Linee Vaccinali. Il personale medico è garantito per CVP con meno di 3 linee vaccinali. Il personale medico sovrintende ed è responsabile dell'unità vaccinale di riferimento, supporta il Punto di Accettazione nella raccolta anamnestica pre-vaccinale, nelle eventuali valutazioni cliniche e nella raccolta del consenso informato. Il personale medico può partecipare alla vaccinazione, svolgendo le stesse funzioni del personale infermieristico in aggiunta al ruolo di coordinamento delle attività di un punto vaccinale;

- **Operatore sociosanitario.** Il personale sociosanitario contribuisce alle attività di sanificazione delle postazioni dedicate alla vaccinazione. Ai fini programmatori è considerato un operatore sociosanitario fino a un massimo di 4 linee vaccinali.

- **Personale amministrativo.** Il personale amministrativo contribuisce alle attività di accoglienza e registrazione, nonché all'attività di informazione sulla vaccinazione e riguardo le indicazioni su “cosa fare dopo”. Ai fini programmatori è considerata un'unità di personale amministrativo fino a un massimo di 4 linee Vaccinali. Il personale amministrativo effettua la registrazione della vaccinazione nel sistema informativo.

**3.** Ogni ambulatorio dedicato all'attività vaccinale è costituito da più stanze che possono ospitare una o più linee vaccinali. Le postazioni devono essere istituite nel rispetto del distanziamento fisico e delle norme anti COVID-19. Ogni linea vaccinale è presieduta da un infermiere. Ogni medico, OSS e amministrativo possono presidiare fino a quattro linee di vaccinazione. Se l'ambulatorio può

contenere solo una linea vaccinale, l'organizzazione (personale) presente nella stanza è costituita da un infermiere somministratore, un medico, un OSS e un amministrativo, nel rispetto delle misure di prevenzione e distanziamento.

4. La struttura deve organizzare il proprio CVP tenendo conto dei percorsi e degli spazi necessari a garantire il regolare flusso dell'attività di vaccinazione, prevedendo i seguenti spazi:

- **Punto di accettazione:** rappresenta il punto iniziale del percorso. È gestito dal responsabile dell'accoglienza dei soggetti da vaccinare, della verifica della prenotazione, della raccolta dell'anamnesi prevaccinale e della raccolta consenso informato. Il punto di accettazione è unico per ogni punto vaccinale.
- **Spazio di attesa:** locale dove, terminata la fase di accettazione, si trasferiscono gli utenti in attesa della successiva somministrazione. Tale spazio è dimensionato proporzionalmente alle linee vaccinali messe a disposizione dal CVP.
- **Locale per la somministrazione:** locale dove un medico/infermiere effettua la somministrazione, per la quale si stima un periodo di 10 minuti.
- **Locale per monitoraggio:** dopo la somministrazione è previsto un secondo periodo di attesa, di almeno 15 minuti, per la sorveglianza della persona vaccinata, al termine del quale la persona può uscire. Nel caso di reazione avversa verificatasi durante il periodo di osservazione, il medico interviene utilizzando un locale idoneo, provvisto dei farmaci e dispositivi medici per la gestione delle reazioni avverse alla somministrazione di vaccini (come ad esempio reazioni allergiche e sindrome anafilattica). In caso di reazioni avverse che si verificano successivamente al periodo di osservazione l'utente è tenuto a contattare il proprio MMG/PLS, dandone comunicazione al CVP presso cui è stato somministrato il vaccino ai fini della registrazione dell'evento avverso.

5. Le aree individuate per l'attività di vaccinazione devono rispettare i vincoli di distanziamento e le norme anti COVID.

6. La struttura è tenuta ad aggiornare le proprie procedure aziendali al fine di ottemperare alle disposizioni nazionali e regionali in materia, che si richiamano espressamente.

7. La struttura provvede alla dotazione del proprio CVP sulla base di quanto espressamente richiesto dal Piano regionale campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2, di cui alle Determinazioni della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria nn. G16441/2020 e G01256/2021 e alle successive modifiche, integrazioni o aggiornamenti, avendo cura di osservarle puntualmente.

8. Il personale addetto al CVP deve avere conoscenze e competenze specifiche in materia di vaccinazioni, così come previsto nel citato Piano regionale campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2 di cui alle richiamate Determinazioni della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria. Il personale medico e infermieristico deve avere certificazione in corso di validità di Basic Life Support (BLS) e competenze per la gestione di emergenze.

## II. Modalità di somministrazione dei vaccini – oneri della struttura

1. La somministrazione dei vaccini deve avvenire nel rispetto dei principi di uguaglianza, equità, reciprocità, legittimità, protezione e promozione della salute e del benessere.

- 2.** La struttura è tenuta a rispettare le disposizioni del Piano vaccinale regionale nonché le raccomandazioni del Ministero della Salute in materia, osservando l'ordine di priorità previsto per le categorie da vaccinare di cui al Piano nazionale di vaccinazione.
- 3.** Le ASL approvvigionano la struttura in base alle prenotazioni effettuate sull'apposita piattaforma regionale; i vaccini sono distribuiti dalla ASL di riferimento.
- 4.** Gli strumenti per la conservazione e il trasferimento dei vaccini dalla sede di conservazione ai siti di somministrazione sono a carico delle strutture sanitarie che ne assumono la responsabilità. I vaccini che necessitano di catena del freddo estrema sono consegnati solo nei centri in cui sono disponibili congelatori adeguati e a norma.
- 5.** L'adesione alla vaccinazione è libera e volontaria. I soggetti aderenti alla vaccinazione sono invitati alla firma del consenso informato (secondo il modello aggiornato approvato dal Ministero della Salute, compilato a cura del vaccinando), reso disponibile all'atto della prenotazione e confermato e raccolto il giorno della vaccinazione. Prima della somministrazione del vaccino il personale medico verifica con l'utente la scheda anamnestica pre-vaccinale compilata (secondo il modello aggiornato approvato dal Ministero della Salute).
- 6.** La struttura organizza la seduta vaccinale (ovvero, il percorso temporale ed operativo che inizia con l'apertura del punto vaccinale e termina con la chiusura dello stesso) nel rispetto delle indicazioni regionali e nazionali. In particolare, la seduta vaccinale è presieduta dal medico o dai medici presente/i nella sede operativa che assume/ono la responsabilità generale in ordine alla gestione della stessa, assicurando il regolare svolgimento dell'attività, verificando l'adesione ai protocolli e l'applicazione delle regole di buona pratica vaccinale.
- 7.** Durante tutto il periodo della campagna vaccinale, i CVP sono operativi almeno 8 ore al giorno, 6 giorni a settimana, salvo diversi accordi con ASL/Regione.
- 8.** A livello regionale è stato predisposto un piano di valutazione della sicurezza per consentire di valutare eventuali eventi avversi. Le segnalazioni di eventuali reazioni avverse devono essere tempestivamente effettuate (entro 36 ore da quando il medico o l'operatore sanitario ne viene a conoscenza) direttamente online sul sito VigiFarmaco (<https://www.vigifarmaco.it/>) oppure compilando la scheda di segnalazione cartacea e inviandola al Responsabile di Farmacovigilanza della ASL di riferimento via e-mail o fax.
- 11.** Al termine della vaccinazione il personale amministrativo procede alla registrazione dei dati relativi alla vaccinazione sulla Piattaforma on line della Regione Lazio - Anagrafe Vaccinale Regionale (AVR) nonché alla stampa dell'apposita certificazione di avvenuta vaccinazione, da consegnare all'utente.
- 12.** Le dosi dei vaccini non utilizzate a fine giornata e non conservabili, nel rispetto delle indicazioni d'uso specifico e di conservazione per ogni tipologia di vaccino, verranno utilizzate secondo l'ordine individuato dalla programmazione regionale e in accordo con la ASL di competenza.

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

OMISSIS

IL SEGRETARIO  
(Maria Genoveffa Boccia)

IL VICE PRESIDENTE  
(Daniele Leodori)