

ESTRATTO DAL VERBALE DELLE DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE
(SEDUTA DEL 4 AGOSTO 2022)

L'anno duemilaventidue, il giorno di giovedì quattro del mese di agosto, alle ore 15.35 presso la Presidenza della Regione Lazio (Sala Giunta), in Roma - via Cristoforo Colombo n. 212, previa formale convocazione del Presidente per le ore 15.30 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 Presidente, il Vice Presidente e gli Assessori Corrado, D'Amato, Onorati e Orneli.*

Sono collegati in videoconferenza: *gli Assessori Alessandri, Di Berardino e Troncarelli.*

Sono assenti: *gli Assessori Lombardi e Valeriani.*

Partecipa la sottoscritta Segretario della Giunta dottoressa Maria Genoveffa Boccia.

(O M I S S I S)

Deliberazione n. 695

OGGETTO: Approvazione modifiche allo schema di accordo/contratto ex art. 8 *quinquies* del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. di cui al DCA n. 243/2019

LA GIUNTA REGIONALE

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

VISTI:

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

VISTI per quanto riguarda i poteri:

- la deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2020 n. 1044, con cui è stato conferito al Dott. Massimo Annicchiarico l'incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria, ai sensi del regolamento di organizzazione 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i.;

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

- la Legge 27 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i. concernente “*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*”;
- il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni recante: “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*”;
- la Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante “*Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere*”;
- il DPCM 29 novembre 2001, come modificato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo 2017 in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n.15), recante “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”;
- l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (rep. Atti 209 CSR del 18 dicembre 2019), concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2019 – 2021;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00018 del 20 gennaio 2020, concernente “*Adozione in via definitiva del piano rientro “piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario regionale 2019-2021 ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo. Modifiche ed integrazioni al DCA U00469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019*”;

- la DGR n. 12 del 21.01.2020, avente ad oggetto: *“Preso d’atto e recepimento del “Piano di rientro Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 ai sensi e per gli effetti dell’art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo”*, adottato in via definitiva con il Decreto del Commissario ad acta n. U00018 del 20.01.2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento;
- il DCA n. 81 del 25 giugno 2020 che ha adottato il Piano di rientro denominato *“Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021”* in recepimento delle modifiche richieste dai Ministeri vigilanti e ha definito il percorso volto a condurre la Regione verso la gestione ordinaria della sanità, previa individuazione degli indirizzi di sviluppo e qualificazione da perseguire;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 26 giugno 2020 n. 406 *“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”*;

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., recante: *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*, ed in particolare:

- l’art. 8 *quater*, comma 2, che prevede che *“la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui al suddetto art. 8 *quinquies*”*;
- l’art. 8 *quater*, comma 8, secondo cui, *“in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le Regioni e le unità sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all’art. 8 *quinquies*, sono tenute a porre a carico del servizio sanitario nazionale un volume di attività, comunque, non superiore a quello previsto dagli indirizzi della Programmazione nazionale”*;
- l’art. 8 *quinquies*, comma 2, che disciplina la stipula dei contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro associazioni rappresentative a livello regionale, che indicano, tra l’altro:
 - il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell’accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali (art. 8 *quinquies*, comma 2, lettera d);
 - la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell’anno dei valori unitari dei tariffari regionali, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui

alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d),omissis....(art. 8 *quinquies*, comma 2, lettera e- bis);

- l’art. 8 *quinquies*, comma 2-*quater*, il quale prevede che: “*Le Regioni stipulano accordi con le Fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (...) e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10 comma 2 del Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le Regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la Programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla Programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio...omissis*”;
- l’art 8 *quinquies*, comma 2 *quinquies*, che prevede in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali, la sospensione dell’accreditamento istituzionale di cui all’articolo 8-*quater*;

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

- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 e s.m.i. avente ad oggetto “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali”;
- il Regolamento Regionale 6 novembre 2019, n. 20, concernente: “*Regolamento in materia di autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all’esercizio e accreditamento istituzionale di strutture sanitarie e socio-sanitarie: in attuazione dell’articolo 5, comma 1, lettera b), e dell’articolo 13, comma 3, della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modifiche. Abrogazione del regolamento regionale 26 gennaio 2007, n. 2 in materia di autorizzazione all’esercizio e del regolamento regionale 13 novembre 2007, n. 13 in materia di accreditamento istituzionale*”;
- il Decreto del Commissario *ad acta* n. U0090/2010, recante: “*Approvazione dei requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie - Requisiti ulteriori per l’accreditamento*” *Sistema informativo per le autorizzazioni e gli accreditamenti delle strutture sanitarie (SAAS) Manuale d’uso. Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell’art. 1 commi da 18 a 26 (Disposizioni per l’accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e sociosanitarie private. L.R. n. 3/2010) e s.m.i.*;
- il Decreto del Commissario *ad acta* n. 8 del 3 febbraio 2011, avente ad oggetto “*Modifica dell’Allegato I al decreto del Commissario ad Acta 90/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione testo integrato e coordinato denominato “Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie*”;
- i Decreti del commissario *ad acta* n. 282/2017, n.283/2017 e n. 469/2017 di aggiornamento, tra l’altro, dei requisiti di accreditamento;

CONSIDERATI i provvedimenti vigenti, adottati dalla Regione Lazio in materia di

programmazione sanitaria, tariffe, criteri di remunerazione, controlli esterni, Agende digitali;

VISTO il DCA U00243 del 25 giugno 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*”, con il quale è stato approvato lo schema di accordo/contratto avente efficacia per il triennio 2019-2021;

CONSIDERATO che lo schema di accordo/contratto interviene, tra l’altro, a dare attuazione ai contenuti della proposta inerente i Programmi Operativi 2019-2021, approvati con DCA n. 81/2020;

VISTO il decreto del Commissario *ad Acta* n. U00308 del 03/07/2015, avente ad oggetto: “*Approvazione della disciplina uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari Pubblici, IRCCS Pubblici e dell’Azienda ARES 118*”, con il quale la Regione ha stabilito di adottare una disciplina omogenea delle modalità di fatturazione e di pagamento per tutti i rapporti insorti in ambito sanitario a far data dalla pubblicazione del suddetto decreto, imponendo alle ASL di applicare tale disciplina ad ogni contratto/negozio giuridico;

VISTO il decreto del Commissario *ad Acta* n. U00032 del 30/01/2017, recante “*Disciplina uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS Pubblici, dell’Azienda ARES 118 e della Fondazione Policlinico Tor Vergata – modifiche al DCA n. U00308 del 3 luglio 2015*”, con il quale la Regione ha aggiornato il DCA n. U00308/2015;

VISTO il DCA n. 247/2019 del 02 luglio 2019, recante “*Approvazione modifiche alla Disciplina uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS Pubblici, dell’Azienda ARES 118 e della Fondazione Policlinico Tor Vergata - ex DCA n. U00032 del 30 gennaio 2017*”, con il quale la Regione ha aggiornato il DCA n. U00032/2017;

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

RIBADITO che con la sottoscrizione del contratto, la struttura che eroga prestazioni con onere a carico del SSR accetta le tariffe *ratione temporis* vigenti;

RITENUTO opportuno precisare che al fine di consentire agli aventi diritto continuità nella fruizione delle prestazioni sanitarie, sia pur nell’ottica di necessario contenimento della spesa pubblica, le strutture sanitarie private sono tenute all’erogazione delle prestazioni modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l’anno, tenendo conto delle liste d’attesa e delle priorità assistenziali stabilite con apposito atto regionale, fermo restando che le prestazioni erogate oltre il Budget (tetto massimo) non sono riconosciute con onere a carico del S.S.R.;

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

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

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

RAVVISATA l'opportunità di procedere all'aggiornamento del precedente schema di accordo/contratto, ex art. 8 *quinquies* del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., già approvato con i DCA nn. 324/2015, 555/2015, 249/2017, 243/2019, con l'intento di assicurare certezza e stabilità dei rapporti e aggiornare lo stesso alla stregua della disciplina nazionale e regionale *medio tempore* sopravvenuta;

VISTA la nota prot. n. 460145 del 11/05/2022 con cui, ai sensi dell'art. 7 L. 241/90 s.m.i., è stato comunicato l'avvio del procedimento per l'aggiornamento dello schema di accordo/contratto ex art. 8 *quinquies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. di cui ai DCA n. 324/2015, n. 555/2015 e n. 249/2017;

TENUTO CONTO delle osservazioni pervenute da parte delle seguenti Associazioni di categoria e strutture: ANISAP Lazio, A.I.O.P, Unindustria, ARIS, FOAI, Confcooperative Sanità Lazio, Confcooperative Federsolidarietà Lazio, AGCI Lazio, Legacoopsociali, Campus Bio-Medico;

CONSIDERATO, relativamente alle suddette osservazioni, che

- le osservazioni inerenti a disposizioni già presenti nei precedenti schemi contrattuali non possono trovare accoglimento, essendo state già accettate dalle strutture sottoscrittrici ed avendo superato positivamente il vaglio di legittimità del Giudice amministrativo (con riferimento, in particolare, all'art. 17, pienamente valido, considerato, peraltro, che la Regione Lazio è tutt'ora in Piano di rientro);
- sono state, invece, accolte le osservazioni relative alle seguenti disposizioni contrattuali:
 - art. 3, c. 2, lett. k), nel quale è stata riportata la disposizione di cui all'art. 9, comma 1-bis, L.R. Lazio n. 4/2003 e s.m.i.;
 - art. 7, c. 6, con riferimento ai rimborsi previsti per la somministrazione dei farmaci rendicontati nel "File F";
 - art. 8, c.2, con riferimento alla percentuale minima di budget da garantire nei mesi di novembre e dicembre;

- art. 8, c. 8, con riferimento al rispetto dei termini e della tempistica per l'implementazione delle Agende Digitali;
- art. 8, c. 10, con riferimento all'onere di inserire nei flussi informativi del Sistema sanitario tutte le prestazioni erogate per assistenza ospedaliera, territoriale e specialistica ambulatoriale anche effettuate in regime privatistico;
- art. 8, c. 11, con riferimento all'inserimento dei record dell'attività ospedaliera;
- art. 8, c. 12, con riferimento al termine di scadenza per la chiusura definitiva degli archivi dei dati di produzione (cfr. anche art. 12, c. 2);
- art. 9, c.1., lett. g), con riferimento alla possibilità di osmosi nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento;
- art. 10, c. 3, con riferimento al rispetto delle Linee Guida Ministeriali sulla Riabilitazione;
- art. 10, c. 11, con riferimento all'applicazione della penale 5% del valore del budget complessivo assegnato nell'annualità di riferimento, nel caso di mancanza e/o perdita di un requisito di autorizzazione e/o accreditamento, solo all'esito del procedimento amministrativo (in linea con quanto previsto dai DCA nn. 359/2014 e 594/2015);

STABILITO di approvare lo schema di accordo/contratto di cui all'**allegato "A"** del presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale dello stesso, per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le Aziende Sanitarie Locali e i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale, il quale sostituisce lo schema di accordo/contratto di cui ai DCA nn. U00324/2015, U00555/2015, U00249/2017 e U00243/2019;

CONSIDERATO opportuno prevedere, a tutela del corretto adempimento e del rapporto fiduciario intercorrente tra amministrazione e struttura sanitaria, la seguente procedura:

- 1) la ASL e la struttura sono tenute a sottoscrivere l'accordo/contratto entro 30 giorni dalla comunicazione della Regione alla ASL dell'adozione del provvedimento di fissazione del livello massimo di risorse assegnabili (provvedimento di budget). Nel caso di prestazioni assistenziali per le quali la Regione fissa il livello massimo di finanziamento per ciascuna ASL, demandando alle ASL l'assegnazione del budget alle singole strutture, ciascuna Azienda provvede all'adozione della relativa delibera di budget nei 30 giorni successivi alla comunicazione del provvedimento regionale; la ASL e la struttura provvedono alla sottoscrizione dell'accordo/contratto entro i 30 giorni successivi all'adozione della deliberazione aziendale;
- 2) 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 di cui all'art. 3 dell'accordo/contratto, di cui all'allegato schema, nonché i dati anagrafici di tutti i soggetti ai quali è riferita la documentazione di cui sopra; 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;
- 3) decorso il termine di 30 giorni di cui al punto 1), qualora la ASL non abbia ancora acquisito

dagli Enti competenti la documentazione richiesta, l'accordo/contratto è stipulato sotto condizione risolutiva espressa e si applica l'art. 15 dell'accordo/contratto, di cui all'allegato schema;

- 4) su richiesta della ASL la struttura è tenuta a fornire ogni ulteriore eventuale documento che non sia già detenuto dall'amministrazione, comprovante il possesso dei requisiti e il loro mantenimento per tutta la durata del presente accordo/contratto;
- 5) resta inteso che, qualora, a seguito delle verifiche, dovesse emergere il mancato possesso di uno o più requisiti di cui all' art. 3 dell'accordo/contratto, si procederà ai sensi e secondo quanto disposto all'art. 15 dell'accordo/contratto, il cui schema è allegato al presente provvedimento;
- 6) la struttura si impegna, anche nel rispetto della lealtà e correttezza richiesta ad un concessionario di servizio pubblico, a comunicare, entro 30 giorni dal verificarsi del fatto o dell'atto, ogni modificazione soggettiva dovesse intervenire in capo ai propri soggetti;
- 7) per quanto riguarda i requisiti di cui agli artt. 87 e ss. del D. Lgs. n. 159/2011, all'art. 31 del D.L. n. 69/2013, convertito dalla L. n. 98/2013 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;
- 8) in caso di mancata sottoscrizione dell'accordo/contratto nei termini predetti per causa imputabile alla struttura, la ASL dovrà immediatamente darne notizia alla Regione e inviare alla struttura atto di diffida ad adempiere alla sottoscrizione dell'accordo/contratto, assegnando alla stessa il termine di 15 giorni dalla ricezione della diffida stessa, decorso il quale, fatto salvo il caso fortuito o la forza maggiore, la ASL sarà libera di non addivenire alla stipula, senza diritto da parte della struttura ad alcun risarcimento dei danni e fermo restando quanto previsto dall'art. 8-*quinquies*, comma 2 *quinquies*, D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- 9) alla scadenza del termine fissato al precedente punto 8), qualora non fosse intervenuta la sottoscrizione dell'accordo/contratto, la ASL dovrà procedere:
 - a) ad inviare immediatamente alla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria la comunicazione della mancata sottoscrizione del accordo/contratto ai fini dell'attivazione della procedura di sospensione dell'accreditamento ai sensi dall'art. 8-*quinquies*, comma 2 *quinquies*, D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
 - b) ricevuta la comunicazione di avvio del procedimento di sospensione dell'accreditamento da parte della Regione, a diffidare la struttura a non ricoverare nuovi pazienti nonché a sospendere la procedura di liquidazione delle fatture, non ancora certificate, delle prestazioni rese, sino alla verifica definitiva della remunerazione effettivamente dovuta;

CONSIDERATO che la sottoscrizione dell'accordo/contratto tra le ASL e le strutture private accreditate erogatrici di prestazioni sociosanitarie rientra nel processo di dematerializzazione avviato dalla Regione Lazio;

CONSIDERATO che dalla gestione digitale della fase di contrattualizzazione degli accordi derivano evidenti vantaggi in termini di efficienza, qualità, controllo e tempestività dei dati e delle informazioni;

RITENUTO, dunque, opportuno, per tutte le motivazioni sopra indicate,

- disporre che le ASL e tutti i soggetti erogatori interessati dovranno osservare la procedura di sottoscrizione dell'accordo/contratto indicata dettagliatamente nel presente provvedimento;
- disporre che l'accordo/contratto venga sottoscritto mediante firma digitale a norma DigitPa attraverso le apposite funzionalità messe a disposizione delle ASL, della Regione e delle strutture private accreditate erogatrici di prestazioni socio-sanitarie nella sezione dedicata all'interno del Sistema Informatico Pagamenti della Regione Lazio, includendo la *"Disciplina uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS Pubblici, dell'Azienda ARES 118 e della Fondazione Policlinico Tor Vergata – modifiche al DCA n. U00308 del 3 luglio 2015"*, di cui al DCA n. U00247 del 02/07/2019, quale parte integrante del contratto/accordo;
- stabilire che, nel caso in cui la Regione fissa il livello massimo di finanziamento per ciascuna ASL, queste ultime dovranno procedere all'assegnazione dei budget di propria spettanza ad ogni singolo erogatore nel termine di 30 giorni decorrenti dalla data di adozione del provvedimento regionale e, in deroga al termine previsto nelle premesse del presente provvedimento (30 giorni dall'adozione del provvedimento di determinazione dei tetti di spesa), in sede di prima applicazione per l'anno 2022, dovranno provvedere alla conseguente e immediata sottoscrizione del contratto;
- disporre che la gestione del rapporto preordinato alla sottoscrizione degli accordi con i Policlinici Universitari non statali, come pure la contestazione e l'eventuale risoluzione sia demandata alla Regione, secondo il modello di accordo/contratto di cui all'**allegato "A"**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- stabilire che, in ogni caso, le ASL provvedano ad inserire l'originale dell'accordo/contratto di budget sul Sistema Pagamenti;

PRECISATO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale;

DELIBERA

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

- di approvare lo schema di accordo/contratto di budget *ex art. 8 quinquies* del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., **allegato A** 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, il quale sostituisce lo schema di accordo/contratto di cui ai DCA nn. U00324/2015, U00555/2015, U00249/2017 e U00243/2019;
- di disporre che le ASL e tutti i soggetti erogatori interessati dovranno osservare la procedura di sottoscrizione dell'accordo/contratto indicata dettagliatamente nel presente provvedimento;
- di disporre che l'accordo/contratto venga sottoscritto mediante firma digitale a norma DigitPa attraverso le apposite funzionalità messe a disposizione delle ASL, della Regione e delle strutture private accreditate erogatrici di prestazioni socio-sanitarie nella sezione dedicata all'interno del

Sistema Informatico Pagamenti della Regione Lazio, includendo la *“Disciplina uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS Pubblici, dell’Azienda ARES 118 e della Fondazione Policlinico Tor Vergata – modifiche al DCA n. U00308 del 3 luglio 2015”*, di cui al DCA n. U00247 del 02/07/2019, quale parte integrante del contratto/accordo;

- di stabilire che, nel caso in cui la Regione fissa il livello massimo di finanziamento per ciascuna ASL, queste ultime dovranno procedere all’assegnazione dei budget di propria spettanza ad ogni singolo erogatore, nel termine di 30 giorni decorrenti dalla data di adozione del provvedimento regionale e, in deroga al termine previsto nelle premesse del presente provvedimento (30 giorni dall’adozione del provvedimento di determinazione dei tetti di spesa), in sede di prima applicazione per l’anno 2022, dovranno provvedere alla conseguente e immediata sottoscrizione del contratto;

- di disporre che la gestione del rapporto preordinato alla sottoscrizione degli accordi con i Policlinici Universitari non statali, come pure la contestazione e l’eventuale risoluzione sia demandata alla Regione, secondo il modello di accordo/contratto di cui all’**allegato “A”**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- di stabilire che, in ogni caso, le ASL provvedano ad inserire l’originale dell’accordo/contratto di budget sul Sistema Pagamenti.

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

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

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

Copia

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

tra

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

e

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

(di seguito per brevità "la struttura")

Premesso che

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

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

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

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

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

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

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

- l'art. 8 *sexies* comma 1, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. dispone che *“omissis...Ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono 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.”*

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

- la L.R. 3 marzo 2003, n. 4 e s.m.i. e la normativa regolamentare, che disciplinano il procedimento di rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture, dell'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, del titolo di accreditamento istituzionale e gli accordi contrattuali che, sulla scorta dell'art. 18 della legge regionale citata, *“regolano, secondo la disciplina determinata dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 19, la tipologia, la quantità e le caratteristiche delle prestazioni erogabili agli utenti del servizio sanitario regionale, la relativa remunerazione a carico del servizio sanitario medesimo,*

nell'ambito dei livelli di spesa determinati in coerenza con le scelte della programmazione regionale, il debito informativo dei soggetti erogatori nonché le modalità per il controllo esterno sull'appropriatezza e la qualità dell'assistenza e delle prestazioni erogate”;

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

- la Legge 23 dicembre 2009, n. 191 ha previsto il mantenimento della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di Rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati come predisposti dal Commissario *ad acta*;

- il Decreto-Legge del 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modifiche dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135 (cd. spending review), come modificato dalla L. 208/2015, ha stabilito all'art. 15, comma 14, che *“Ai contratti e agli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014. A decorrere dall'anno 2016, in considerazione del processo di riorganizzazione del settore ospedaliero privato accreditato in attuazione di quanto previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza ricomprese negli accordi per la compensazione della mobilità interregionale di cui all'articolo 9 del Patto per la salute sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano con intesa del 10 luglio 2014 (atto rep. 82/CSR), e negli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del Patto per la salute sancito con intesa del 3 dicembre 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010, in deroga ai limiti previsti dal primo periodo. [...]”* e s.m.i.;

- con la DGR n. 406 del 26 giugno 2020 è stato recepito il Piano di rientro denominato “ Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021”, approvato con DCA n. 81 del 25 giugno 2020;

- la DGR n. 661 del 29 settembre 2020, recante: “Attuazione delle azioni previste nel Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021”, ha, tra l'altro, precisato le funzioni della Giunta regionale;

- in coerenza con gli obiettivi posti dal Piano di rientro, la Regione Lazio intende porre su basi di maggiore e compiuta certezza i rapporti tra le Aziende Sanitarie Locali e gli erogatori privati di prestazioni sanitarie e riformulare un modello contrattuale uniforme per la disciplina dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, che tenga conto dell'evoluzione normativa nazionale ed europea, orientata ad assicurare che le strutture siano in possesso, oltre i requisiti ulteriori per l'accreditamento, anche di requisiti minimi di affidabilità e onorabilità in ordine ad una corretta gestione del rapporto con la Regione, pure al fine di elevare standard di qualità e trasparenza;
- la ASL sottoscrive il presente accordo/contratto in attuazione delle determinazioni già approvate dai DCA n. 324/2015, n. 555/2015, n. 249/2017 e n. 243/2019 e nell'ottica del raggiungimento degli obiettivi di programmazione e di organizzazione del Sistema per il soddisfacimento dei fabbisogni assistenziali, nel rispetto dei principi di qualità, sicurezza e appropriatezza delle cure;
- con DCA n. 32/2017 e s.m.i. la Regione ha regolamentato la Disciplina Uniforme delle modalità di fatturazione e pagamento dei crediti vantati nei confronti, tra l'altro, delle Aziende Sanitarie locali (**All. A**);
- il DCA n. 218/2017 ha introdotto modifiche al DCA n. 40/2012, in materia di controlli sulle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, disciplinando, tra l'altro, i controlli sulle attività di specialistica ambulatoriale e, successivamente, è stato modificato dal DCA n. 509/2018 e s.m.i., con riferimento, in particolare, agli esiti dei controlli e alla risoluzione delle discordanze;
- i DCA n. 231/2018 e n. 513/2018 e s.m.i. hanno previsto termini precisi per l'implementazione delle Agende Digitali e il collegamento con il ReCup, poi aggiornati in relazione al passaggio delle Aziende del SSR sulla nuova piattaforma tecnologica Recup;
- il DCA n. 35 del 28 gennaio 2019 ha approvato le disposizioni sul riordino della chirurgia ambulatoriale, prevedendo l'adeguamento delle strutture;
- il DCA n. 60 del 15 maggio 2020 ha esteso la validità della ricetta dai 12 ai 24 mesi e per prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale non farmaceutica;
- il DCA n. 71 del 4 giugno 2020 ha disposto l'estensione dell'erogabilità delle prestazioni, da parte del privato accreditato, a tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale comprese nel nomenclatore tariffario regionale;
- il DCA n. 103 del 22 luglio 2020 ha disciplinato l'attivazione dei servizi di telemedicina in ambito specialistico e territoriale e la Determinazione G00251 del 17/01/2022, tra l'altro, ha aggiornato l'Allegato A del Nomenclatore Tariffario e del Catalogo Unico Regionale (CUR);
- con la DGR n. _____ del _____ 2022 la Regione ha definito i livelli massimi di finanziamento 2022 per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria e ha disciplinato le relative regole di finanziamento, remunerazione e contrattualizzazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;

- l'attività di riabilitazione territoriale è stata riorganizzata con DGR n. 979/2020, che ha modificato i requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale e ha approvato il sistema di remunerazione e le relative tariffe;
- la suddetta DGR n. 979/2020 ha previsto che i requisiti organizzativi siano correlati ai volumi delle prestazioni effettivamente erogate;
- la DGR n. 138/2022 ha integrato e modificato la DGR n. 979/2020, con particolare riferimento alla disciplina dei periodi di assenza dell'utente, al numero di giorni di apertura dei centri semiresidenziali e ai requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici ed organizzativi;
- con Deliberazione 30 dicembre 2020, n. 1052, a modifica e integrazione del DCA n. 35 del 14 febbraio 2020, si è provveduto alla *“Attuazione disposizioni di cui al Decreto del Ministero dell'Economia e dell'Finanze del 7 dicembre 2018 così come modificato e integrato dal Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 27 dicembre 2019 - Nodo di Smistamento degli Ordini (NSO)”*.

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

Art. 1 - Premesse, allegati e definizioni

1. Le premesse e gli allegati formano parte integrante ed essenziale del presente accordo/contratto.
2. Salvo quanto diversamente indicato nell'accordo/contratto, le definizioni qui riportate e utilizzate con lettera maiuscola o minuscola, al singolare o al plurale, con testo *normale* o *grassetto* 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);
 - c) per **“Società/Ente morale”** si intende qualunque impresa, o ramo di essa, associazione, ente o gruppo di imprese, nelle forme contrattuali ammesse dall'ordinamento, che gestisce una o più strutture di cui al punto precedente;
 - d) per **“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;
- 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*”;
- i) per “**funzioni di Didattica e Ricerca**”, si intendono i maggiori costi connessi alle attività di cui all’art. 7, comma 2, del D. Lgs. 517/99 e s.m.i.;
- j) per “**budget**” si intende il livello massimo di finanziamento previsto nell’accordo/contratto sottoscritto con la struttura per cui vi è copertura nel bilancio di previsione di Parte pubblica e che rappresenta il tetto massimo invalicabile da parte della struttura, quale remunerazione per l’erogazione delle prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR;
- k) per “**regolamento**” si intende l’atto con il quale la Regione disciplina le modalità di fatturazione e di pagamento dei Crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari pubblici, l’IRCCS pubblici e l’Azienda Ares 118, che definisce, tra l’altro, le condizioni, i termini e le modalità di fatturazione e pagamento dei crediti derivanti da fatture emesse dai soggetti che intrattengono rapporti con le Aziende del SSR e prevede l’utilizzo di un apposito sistema informatico denominato Sistema Pagamenti del SSR; detto regolamento, denominato “Disciplina Uniforme delle modalità di fatturazione e pagamento”, è allegato al presente accordo/contratto e forma parte integrante dello stesso (cfr. **allegato A**);
- l) per “**Prestazioni di assistenza specialistica erogate in regime di emergenza/urgenza per accessi non seguiti da ricovero**” si intendono gli accessi al pronto soccorso, al netto di quelli per i) paziente ricoverato in reparto di degenza (cod. 2), ii) paziente che non risponde a chiamata (cod. 6);
- m) per “**ente incaricato del pagamento del corrispettivo**, anche ai sensi dell’art. 1 comma 10 del D.L. n. 324/1993, convertito dalla L. 27 ottobre 1993, n. 423, si intende l’Azienda Sanitaria territorialmente competente, che si avvale di LazioCrea, ai sensi dei DCA n. 289/2017, n. 504/2017, n. 307/2018 e dalla DGR n. 799/2020, attraverso l’utilizzo del Sistema Pagamenti, secondo le disposizioni del regolamento.

Art. 2. - Identificazione della struttura

1. La Società/Ente morale _____ è titolare di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale, quest'ultimo rilasciato dalla Regione Lazio con provvedimento n. _____ del _____ relativamente alla struttura sita in _____, Via _____ (indicare la sede operativa)

Art. 3 - Requisiti oggettivi e soggettivi

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

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

a) l'iscrizione alla CCIAA per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese; l'iscrizione al R.E.A. per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese (Fondazioni ed Enti morali);

b) che non si trovano in stato di fallimento e/o di liquidazione coatta, salvi i casi in cui sia in corso un procedimento giudiziario per il risanamento e la prosecuzione dell'attività d'impresa;

c) che nei confronti del legale rappresentante, dei componenti del Consiglio di Amministrazione e dei soggetti con poteri di gestione non sussistono cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i.;

d) per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese:

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

d.2) qualora i contratti superino il valore indicato all'art. 83, lettera e), del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. (attualmente pari a € 150.000,00), deve essere acquisita la documentazione antimafia, ai sensi degli artt. 84 e 85 del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i.; a tale proposito i soggetti di cui ai commi 1) e 2), dell'art. 85 del citato codice antimafia rilasciano dichiarazione sostitutiva sottoscritta con le modalità di cui all'articolo 38 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, relativa ai dati dei propri familiari conviventi;

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

f) che nei confronti del titolare o imprenditore o della compagine sociale non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'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., nonché l'impegno al costante aggiornamento della suddetta valutazione;

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

3. Resta inteso che, oltre ai requisiti soggettivi di cui sopra, i titolari della Società e/o della struttura 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.

4. La Società e/o la struttura attestano il possesso dei requisiti mediante dichiarazione sostitutiva, in conformità alle previsioni del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., nella quale indica tutte le condanne penali riportate, ivi comprese quelle per le quali abbia beneficiato della non menzione. La Società e/o la struttura non sono tenute ad indicare nella dichiarazione le condanne per reati depenalizzati ovvero dichiarati estinti dopo la condanna stessa, nè le condanne revocate, nè 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.

5. La ASL e la struttura sono tenute a sottoscrivere l'accordo/contratto entro 30 giorni dalla comunicazione della Regione alla ASL dell'adozione del decreto di fissazione del livello massimo di risorse assegnabili (decreto di *budget*). Nel caso di prestazioni assistenziali per le quali la Regione fissa il livello massimo complessivo di finanziamento, demandando alle ASL l'assegnazione del budget alle singole strutture, ciascuna Azienda provvede all'adozione della relativa delibera di budget nei trenta giorni successivi alla comunicazione del provvedimento regionale; la Asl e la struttura provvedono alla sottoscrizione dello stesso entro i trenta giorni successivi all'adozione della deliberazione aziendale.

6. 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, nonchè 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).

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. 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.

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

Art. 4 - Comportamento secondo buona fede

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, in coerenza e nel rispetto della configurazione di cui al provvedimento di accreditamento, in nome e per conto e con onere a carico del SSR, le seguenti prestazioni:

Prestazioni per le quali è assegnato un tetto di spesa o per le quali è previsto apposito finanziamento

- prestazioni di ricovero per Acuti;
- prestazioni acuti di Alta complessità;
- prestazioni di Riabilitazione Post-Acuzie;
- prestazioni di Lungodegenza medica;
- prestazioni di Laboratorio Analisi;

- prestazioni di Altra Specialistica Indistinto;
- prestazioni di Altra Specialistica Dedicata (*prestazioni critiche*);
- prestazioni APA;
- prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare;
- prestazioni rivolte a persone non autosufficienti, anche anziane (Intensivo, Estensivo, Mantenimento e DCCG- Disturbi Cognitivo Comportamentali Gravi)
- prestazioni in Hospice;
- prestazioni di Riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento (ex art. 26);
- prestazioni di Assistenza Psichiatrica territoriale;
- prestazioni di Assistenza Termale;
- prestazioni erogate nei confronti di persone in stato di dipendenza o *addiction*;
- maggiori costi connessi alle attività di cui all'art. 8-*sexies*, comma 2, D. Lgs. 502/92 e s.m.i. (funzioni assistenziali);
- maggiori costi connessi alle attività di didattica e ricerca *ex art. 7*, comma 2, D. Lgs. n. 517/99;
- file F;

Prestazioni non previste nel tetto di spesa e remunerate in funzione dei volumi effettivamente erogati

- Prestazioni di assistenza specialistica erogate in regime di emergenza/urgenza per accessi non seguiti da ricovero;
- Osservazione breve intensiva (O.B.I.);
- prestazioni di dialisi;
- prestazioni di radioterapia;
- ricoveri per DRG 391 (neonato sano).

Art. 6 - Durata

1. La durata del presente accordo/contratto è triennale e decorre a partire dal 01/01/2022 fino al 31/12/2024. La durata del rapporto si intende riferita alla disciplina giuridica prevista nel presente accordo, fermo restando che il corrispettivo contrattuale per gli anni 2023 e 2024 verrà fissato con specifico provvedimento di budget, anche all'esito della ripartizione del fondo sanitario nazionale e, pertanto, l'importo di cui al successivo art. 9 sarà oggetto di *addendum* contrattuale annuale tra le parti.

2. Non è ammesso il rinnovo tacito.

3. Qualora alla scadenza del presente contratto la ASL non abbia ancora provveduto a proporre il nuovo accordo/contratto, il presente contratto si intenderà prorogato, agli stessi patti e condizioni, fino alla proposta di sottoscrizione del successivo accordo/contratto, fermo restando l'eventuale conguaglio nel caso di modifica del budget che verrà assegnato.

4. Resta inteso che, allo scadere del termine triennale di cui al precedente comma 1, qualora sia rideterminato il fabbisogno di prestazioni da parte della Regione, nel successivo accordo/contratto verranno conseguentemente adeguati condizioni, oggetto e remunerazione pattuiti nel presente contratto, tenuto conto delle risorse finanziarie disponibili.

Art. 7 – Corrispettivo, Tariffe e Regole di remunerazione

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

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

3. L'importo complessivo per l'anno 2022 riconosciuto alla struttura ai sensi del presente accordo/contratto è di € _____ (*budget*), tetto massimo non superabile (da intendersi per ciascuna tipologia assistenziale di cui al successivo art. 9), entro il quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la configurazione di accreditamento e con la normativa vigente. I tetti di spesa assegnati rappresentano un limite invalicabile e si intendono comprensivi di IVA, ove applicabile.

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

5. Il *budget* rimane invariato per tutto l'anno, fatta salva l'applicazione di leggi e/o regolamenti nazionali di natura vincolante che dovessero intervenire, anche nel corso della durata dell'accordo/contratto, nonché le ipotesi di cui agli articoli 1430 e 1431 del Codice Civile. Non

costituiscono eccezione né la modifica delle tariffe in corso d'anno ai sensi di quanto previsto al successivo comma 6, né l'apertura del nomenclatore tariffario.

6. Il prezzo unitario delle singole prestazioni di cui la struttura ha potestà di erogazione in base al presente accordo/contratto è quello fissato dalle tariffe regionali vigenti *ratione temporis* al momento della sottoscrizione dell'accordo/contratto e, comunque, in via residuale, dalle tariffe nazionali vigenti. Qualunque tariffa superiore a quanto previsto come massima dalla normativa nazionale deve comunque ritenersi nulla. Le prestazioni richieste sono esclusivamente quelle consentite dalla configurazione di accreditamento e le tariffe devono ritenersi a tutti gli effetti remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni. Relativamente ai rimborsi previsti per la somministrazione di farmaci rendicontati nel "File F", il livello massimo di finanziamento annuale per ciascuna struttura è definito con Determinazione della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria; sono esclusi dal calcolo i farmaci di cui al Progetto "File F da privato" di cui al DCA n. 70/2017 e s.m.i.

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

8. Qualora la stipula dell'accordo/contratto intervenga ad anno solare già iniziato, il *budget* annuale, di cui al presente accordo/contratto, ovvero del successivo *addendum* al contratto, riassume comunque le prestazioni sanitarie già erogate dalla struttura sulla base del provvedimento regionale di assegnazione del budget provvisorio.

9. Per tutto ciò che concerne la definizione dei livelli massimi di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera, territoriale e specialistica ambulatoriale, ad integrazione di quanto previsto nel presente accordo, si rinvia alla DGR n. _____ del _____, nonché ai relativi provvedimenti attuativi, i cui contenuti formano parte integrante del presente contratto.

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

1. Al fine di consentire ai terzi beneficiari continuità nella fruizione delle prestazioni sanitarie, è compito della struttura suddividere l'erogazione delle prestazioni nell'arco dell'intero anno solare con un impegno all'erogazione mensile tendenzialmente omogeneo.

2. In particolare, la struttura che eroga attività ospedaliera per acuti, seppure possa produrre mensilmente in misura superiore rispetto ad 1/12 del budget, purchè nei limiti della capacità produttiva massima accreditata, è tenuta a garantire, in ogni caso, per i mesi di novembre e dicembre l'erogazione

delle prestazioni nella misura pari ad almeno il 16% del budget. Tale garanzia è richiesta, per le strutture che erogano prestazioni di lungodegenza, di riabilitazione, di assistenza territoriale e di assistenza specialistica, nella misura pari ad almeno il 10% del budget, per i mesi di novembre e dicembre.

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

4. Il numero dei pazienti ricoverati in regime di ricovero ordinario e i trattamenti riconducibili ai posti letto residenziali e semi residenziali non può superare, in ogni giornata, il numero totale dei posti letto accreditati. Per quanto riguarda i ricoveri in Day Hospital – Day Surgery, il numero dei pazienti ricoverati non può superare, in ogni giornata lavorativa, il doppio del numero complessivo dei posti letto accreditati per il ciclo diurno.

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

6. 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.

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

8. La struttura dichiara di aver rispettato i termini e la tempistica per l'implementazione delle Agende Digitali e di essere integrata con la piattaforma tecnologica del ReCup, impegnandosi a mettere a disposizione del sistema ReCup regionale tutta l'attività erogata con onere a carico del SSR, in conformità con quanto disposto dai DCA nn. 249/2017, 231/2018, 513/2018 e 302/2019, recante il *“Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021”* e dalla DGR n. 157/2014 e s.m.i., in coerenza con i requisiti di accreditamento e di erogabilità fissati dalla normativa vigente regionale e nazionale. In particolare, la struttura si impegna a garantire che almeno il 70% delle prestazioni c.d. *“critiche”* erogate nell'anno in corso sia stato prenotato attraverso sistema ReCup regionale.

9. 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.

10. Al fine di consentire alla Regione di disporre in modo completo del patrimonio informativo del sistema sanitario e di individuare indicatori utili alla valutazione del monitoraggio nel tempo dell'assistenza ricevuta dai singoli assistiti a livello ospedaliero e territoriale, per verificare il raggiungimento degli obiettivi posti in sede di programmazione regionale, nonché di elaborare dati sui volumi a fini statistici, la struttura è tenuta (a titolo esemplificativo e non esaustivo, ai sensi del DM n. 380/2000, del DM n. 349/2001, DM del 5.12.2006, DM del 15.10.2010, DM del 22.10.2014) a inserire nei flussi informativi del Sistema sanitario tutte le prestazioni erogate per assistenza ospedaliera, territoriale e specialistica ambulatoriale, anche effettuate in regime privatistico.

11. La struttura accetta che tutti i record di attività ospedaliera, pertinenti all'anno di competenza, inseriti nel sistema informativo regionale con mese di dimissione che precede di oltre due mesi (tre mesi per i record codificati nel campo tipo dimissione con i valori 5, 6, 8) il mese in cui è effettuato l'invio, qualora abbiano superato i controlli di correttezza formale, siano acquisiti, archiviati e identificati dal suddetto sistema come record "in ritardo". Tali record sono considerati, dal punto di vista amministrativo-contabile, come "sospesi" e sono esclusi dalla valorizzazione mensile a carico del SSR e dai relativi prospetti mensili di monitoraggio della produzione SSN. Resta inteso che se la trasmissione tardiva è imputabile ad un errore derivante da procedure informatiche/amministrative della Regione/Aziende Sanitarie Locali, la suddetta disposizione non sarà applicata. I record identificati come "sospesi" verranno validati dalle Aziende di competenza a chiusura degli archivi informativi regionali, in occasione della valorizzazione della produzione annuale e liquidati a seguito della definizione della produzione annuale riconoscibile.

12. La struttura accetta che, oltre il termine di scadenza per la chiusura definitiva degli archivi relativa ai dati di produzione, fissato annualmente con circolare regionale, eventuali SDO e ricette non potranno essere trasmesse ai sistemi informativi regionali (SIOXL E SIASXL) e considerate ai fini della valorizzazione della produzione con onere a carico del SSR, senza eccezione alcuna, così come precisato anche al successivo art. 12, comma 2, in quanto non inviabili o scartate dai sistemi.

13. Le strutture abilitate provvedono alla prescrizione medica (specialistica e farmaceutica) esclusivamente in modalità dematerializzata su ricettario SSN, ad eccezione dei PAC che continueranno a essere prescritti in cartaceo fino a nuova disposizione regionale. Le strutture

provvedono, altresì, a prendere in carico la ricetta dematerializzata e alla successiva comunicazione dell'avvenuta esecuzione della prestazione attraverso i sistemi informativi regionali e/o aziendali. 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.

14. La prescrizione SSN deve essere utilizzata presso una sola struttura erogatrice. Nel caso in cui la stessa ricetta venga inserita più volte sul Sistema SIASXL da parte di strutture erogatrici diverse, si procederà allo scarto della seconda ricetta in ordine cronologico di invio; il valore della produzione eventualmente riconosciuto in base al primo inserimento verrà recuperato in sede di determinazione della remunerazione spettante.

16. 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 sito web aziendale nella quale dia evidenza degli eventi avversi verificatisi, cause e iniziative messe in atto (art. 2 comma 5 L. n. 24/2017). La struttura adotta un sistema informativo idoneo a documentare il rapporto contrattuale con il personale sanitario che dovrà essere dotato di idonea copertura assicurativa, ulteriore a quella della struttura.

17. La struttura potrà procedere con la fatturazione delle prestazioni rese nel rispetto di quanto disposto dalla Determina n. 1598 del 7 giugno 2006 e s.m.i. e dalla Disciplina Uniforme, quale parte integrante e sostanziale del presente Contratto di budget, solo a seguito della ricezione dell'ordine elettronico che verrà emesso dall'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio, per ogni tipologia di prestazione contrattualizzata, secondo le indicazioni operative regionali emanate in materia.

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

1.

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

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

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

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

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

d) per prestazioni di specialistica ambulatoriale:

d.1) Laboratorio Analisi: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket) di cui alla vigente normativa;

d.2) Prestazioni di Altra Specialistica:

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

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

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

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

d.4) **prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare**: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket) di cui alla vigente normativa;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

g) per le prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento: il Budget complessivo assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____

_____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, di cui:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

i) per le prestazioni di assistenza termale: il Budget alla struttura dal decreto commissariale n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è

di € _____, con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio ed è comprensivo delle compartecipazioni aggiuntive (ticket) di cui alla vigente normativa;

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

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

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

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

- per assistenza pedagogico-riabilitativa semi-residenziale, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

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

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

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

2. Tenuto conto di quanto chiarito sopra, la società/ente morale prende atto e con il presente accordo/contratto conferma di accettare, per ciascuna tipologia assistenziale sopra indicata posta a carico del Servizio Sanitario Regionale, il tetto massimo annuo stabilito nel relativo provvedimento

regionale e accetta, pertanto, l'importo complessivo di Euro _____ (_____/____), pari alla somma delle voci _____, (di seguito denominato "Tetto Massimo Annuo").

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

Art. 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 ed, in ogni caso, nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento, di qualità e appropriatezza imposti dalla buona e diligente pratica professionale, secondo l'assetto organizzativo e funzionale di cui ai provvedimenti autorizzativi e di accreditamento che la struttura si impegna a rispettare per tutta la vigenza del presente accordo/contratto.

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

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

5. L'erogazione della prestazione sanitaria, 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 inviante 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.

6. 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.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. Si rinvia alle disposizioni di cui al precedente articolo 8, comma 10.

11. Nel caso di mancanza e/o perdita di un requisito di autorizzazione e/o di accreditamento, nelle more della regolarizzazione da parte della struttura, sarà applicata una penale pari al 5% del valore del budget complessivo assegnato nell’annualità di riferimento. Tale decurtazione verrà applicata dalla ASL, solo all’esito del procedimento avviato a seguito di segnalazione/comunicazione da parte della Regione Lazio, e fino all’anno successivo all’esito positivo della procedura di autorizzazione e di accreditamento.

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

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

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

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

a) predisporre condizioni organizzative tali da consentire l’acquisizione da parte della ASL e della Regione, anche attraverso gli strumenti informatici, di ogni dato ritenuto utile a verificare il corretto adempimento;

b) consegnare alla ASL o alla Regione la documentazione relativa alle prestazioni sanitarie rese;

c) 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. e secondo il piano di conservazione dei documenti previsto.

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. Per tutto quanto non regolato dal presente contratto, si applica la disciplina nazionale e regionale in materia di controlli vigente al momento dell'erogazione della prestazione.

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

1. Le modalità di fatturazione e di pagamento della remunerazione di cui al presente accordo/contratto sono disciplinate dal regolamento allegato al presente accordo/contratto e parte integrante dello stesso.

2. La struttura si impegna ad inviare i flussi informativi regionali delle prestazioni sanitarie erogate con onere a carico del SSR entro e non oltre il termine comunicato dall'Area regionale Sistemi Informativi per la chiusura definitiva degli archivi relativi ai dati di produzione; oltre il predetto termine le prestazioni non verranno accettate dai sistemi e, quindi, non verranno valorizzate.

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

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

- i. di una **Fattura mensile** di importo pari alla produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate 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), per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria, sulla base*
- i. di una **Fattura mensile** di importo pari alla produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per l'anno di riferimento, come definite all'art. 8, comma 2;
 - ii. e, ove spettante, di 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 nell'ambito della Rete di emergenza e urgenza per accessi non seguiti da ricovero, sulla base*
- i. di una **Fattura mensile** (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) dell'80% 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.;
 - ii. di una **Fattura mensile** (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) dell'80% 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;
 - iii. di una **Fattura mensile** (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) dell'80% del valore di budget assegnato per l'anno di riferimento e relativo alla distribuzione dei farmaci (File F);
 - iv. di una **Fattura mensile** (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) dell'80% 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 suddette **Fatture di Acconto** potranno essere emesse dalla Struttura dall'ultimo giorno del mese a cui si riferisce l'acconto.

- v. di una **Fattura di Saldo** pari all'importo definito e comunicato dalla Direzione Salute, 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. 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.

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

a) che la prestazione sia stata effettivamente resa;

b) che la prestazione resa rientri, per tipologia, quantità e caratteristiche, tra quelle oggetto del presente accordo/contratto e che sia coerente e conforme alla configurazione di accreditamento;

c) che la prestazione sia stata resa in modo congruo e appropriato, secondo le modalità e la tempistica prevista dalla normativa vigente in materia.

6. La ASL deve, inoltre, verificare che:

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) l'importo richiesto non superi il *budget* massimo complessivo di cui al presente accordo/contratto e per cui vi è copertura di spesa a carico del bilancio pubblico, come previsto al precedente articolo 7;

f) la regolarità amministrativo-contabile delle fatture stesse in base alla normativa vigente;

g) venga effettuato il controllo della posizione della struttura, secondo quanto disposto dal D.M. 24 ottobre 2007 e dall'art. 48-*bis* del DPR 602/73.

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

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

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 contratto stesso.

Art. 14 - Cessione dei crediti

1. Le modalità e i termini di cessione dei Crediti derivanti dal presente accordo/contratto sono disciplinati esclusivamente dall'art. 117, comma 4 *bis*, del decreto legge n. 34/2020, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, nonché dal regolamento allegato al presente contratto,

al quale si rinvia integralmente (Disciplina Uniforme, **all. A**), non essendo ammesse altre forme di cessione del credito.

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

3. La mancata osservanza delle disposizioni nazionali e/o regionali in materia di cessione dei Crediti, ivi compresa la violazione della Disciplina Uniforme, determina l'invalidità, l'inefficacia e l'inopponibilità della cessione all'Amministrazione, nonché la risoluzione del presente contratto ai sensi del successivo art. 15.

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

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

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

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

4. 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) revoca dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento istituzionale;
- b) accertata definitiva carenza dei requisiti oggettivi e/o soggettivi richiesti di cui al precedente art. 3;
- c) accertata incapacità, per cause imputabili alla struttura, di garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie per le quali la struttura è accreditata, anche avuto riguardo al verificarsi di fatti relativi

all'assistenza sanitaria;

d) falsità di alcuna delle dichiarazioni rese di cui al precedente art. 3, comma 2, lettere a), b), c), d), e) ed f);

e) violazione dell'articolo 8, commi 8 e 9, in materia di agenda recup;

f) 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;

g) violazione dell'articolo 8, comma 12, in materia di prescrizione dematerializzata;

h) violazione dell'articolo 8, comma 15, in materia di dati inerenti il rischio clinico e le obbligazioni derivante dalla L. 24/2017;

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

j) violazione del precedente art. 14, in materia di cessione dei crediti, nonché delle disposizioni di cui al regolamento allegato al presente contratto e parte integrante dello stesso (**All. A**);

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

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

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

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

9. Resta inteso che la mancata adesione da parte della struttura alla sottoscrizione dell'*addendum* contrattuale per l'anno 2023 o per l'anno 2024, ai sensi di quanto previsto dal precedente art. 6, comma 1, equivale a manifestazione di recesso dal presente contratto, con effetto liberatorio per l'Amministrazione.

Art. 16 – Controversie

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

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

Comitato sarà istituito entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del provvedimento di adozione dello schema del presente accordo/contratto.

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

Art. 17 - Clausole di salvaguardia

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

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

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

Art. 18 - Immodificabilità dell'accordo/contratto

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

Art. 19 - Norma di rinvio

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

Art. 20 - Registrazione

Il presente accordo/contratto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi del T.U. imposta 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, governo delle liste di attesa, flussi informativi, prescrizione dematerializzata e rischio clinico; 9) Valorizzazione di prestazioni erogabili e remunerazione massima annuale/pluriennale; 10) Requisiti e modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie - Privacy; 11) Controlli sull'attività sanitaria *ex art. 8 octies* D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.; 12) Modalità di fatturazione, liquidazione e termini per il pagamento della remunerazione; 13) Cessione dell'accordo/contratto; 14) Cessione dei crediti; 15) Risoluzione dell'accordo/contratto e recesso; 16) Controversie; 17) Clausole di salvaguardia; 18) Immodificabilità dell'accordo/contratto.

Roma, _____

La ASL

La Struttura

Allegato 1
Modello Dichiarazioni

Copia

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

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

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

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

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

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

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

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

_____	_____ %
_____	_____ %
_____	_____ %
totale	100 %

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

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

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

Cognome	Nome	Data e luogo di nascita	Codice fiscale	Carica rivestita

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

Cognome	Nome	Data e luogo di nascita	Codice fiscale	Carica rivestita

- 4) che a carico del sottoscritto e dei soggetti indicati ai punti precedenti non sussistono cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i.⁵
- 5) che nei confronti del titolare o imprenditore o della compagine sociale non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;
- 6) che la struttura non si trova in stato di fallimento e/o di liquidazione coatta, salvi i casi in cui sia in corso un procedimento giudiziario per il risanamento e la prosecuzione dell'attività d'impresa⁶.
- 7) che nei confronti del titolare o imprenditore o della compagine sociale non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo del codice di procedura penale, per reati gravi che incidono sulla moralità professionale, per reati nei rapporti con la pubblica amministrazione di cui al D. Lgs. n. 231/01 e s.m.i., per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio⁷;
- 8) di aver ottemperato agli obblighi informativi in materia di diritto al lavoro dei disabili - secondo le modalità di cui all'art. 9 L. 12 marzo 1999, n. 68, come modificato dall'art. 40 del D.L. 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2008, n. 133 e s.m.i.;

³ Cancellare le dizioni che non interessano

⁴ Cfr. nota 2.

⁵ Per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese: - qualora i contratti non superino il valore indicato all'art. 83, lettera e), del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. (attualmente pari a € 150.000,00), la presente dichiarazione dovrà riguardare tutti i soggetti di cui all'art. 85, comma 1) e 2); - qualora i contratti superino il valore indicato all'art. 83, lettera e), del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. (attualmente pari a € 150.000,00), deve essere acquisita la documentazione antimafia, ai sensi degli artt. 84 e 85 del D. Lgs. n.159/2011 e s.m.i.; a tale proposito i soggetti di cui ai commi 1) e 2), dell'art. 85 del citato codice antimafia rilasciano dichiarazione sostitutiva sottoscritta con le modalità di cui all'articolo 38 del d. P.R. n. 445/2000 e s.m.i., relativa ai dati dei propri familiari conviventi.

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

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

- 9) di aver ottemperato al modello organizzativo di cui al D.Lgs. n. 231/2001, ovvero, l'avvenuta adozione del modello organizzativo di cui al D.Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. in materia di prevenzione dei reati;
- 10) che non sussistono situazioni di incompatibilità, anche, ai sensi dell'art. 53, comma 16 ter, del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. nonché dell'art. 4, comma 7, L. n. 412/1991 da parte di ciascun socio persona fisica che, in ultima istanza, possieda le quote o le azioni;
- 11) di aver ottemperato, senza riserve, all'obbligo previsto dall'art. 9, comma 1-bis, L.R. Lazio n. 4/2003 e s.m.i. e di cui all'art. 14 del R.R. n. 20/2019, nel caso di cessione/trasferimento d'azienda o ramo d'azienda, ai fini della voltura dei titoli di autorizzazione e di accreditamento, assumendo in via diretta – mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata -, sia nei confronti dell'Azienda Sanitaria Locale che della Regione Lazio, eventuali debiti maturati dal cedente e derivanti dai controlli ai sensi dell'art. 8-*octies* del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. o da provvedimenti di condanna per responsabilità amministrativa o contabile e correlati all'esercizio della funzione sanitaria.
- 12) di aver ottemperato alla normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro, circa l'avvenuta valutazione dei rischi nell'ambiente di lavoro e, in ogni caso, dell'adempimento a tutte le prescrizioni di cui al Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.
- 13) che, per quanto di propria conoscenza:
- nei confronti dei soggetti indicati ai precedenti punti
 - non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;
 - non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo n. 444 del codice di procedura penale, per reati gravi che incidono sulla moralità professionale, per reati nei rapporti con la pubblica amministrazione di cui al D. Lgs. n. 231/01 e s.m.i., per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio⁸.

ovvero

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

⁸ Vedi nota 7.

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

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

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

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

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

_____ fino al _____, con i seguenti poteri associati alla carica:
_____;

Nome _____, cognome _____, nato a _____, il _____,

codice fiscale _____, residente in _____, carica (Consigliere) _____,

nominato il _____ fino al _____, con i seguenti poteri associati alla carica:
_____;

che la/e sede/i secondaria/e e unità locali è/sono:

che non sono state commesse violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e delle tasse secondo la legislazione italiana Indicare l'ufficio/sede dell'Agenzia delle Entrate a cui rivolgersi ai fini della verifica: Ufficio di _____, via _____, città _____, tel. _____, fax _____;

- 16) che non sono state commesse violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali secondo la legislazione italiana o dello Stato dove è stabilita l'impresa;
- 17) di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e dell'art. 13 del GDPR 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- 18) di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, ferme restando le responsabilità penali, l'accordo/contratto di budget sarà risolto.

_____ lì _____

Timbro e Firma del legale rappresentante¹¹

¹¹ Allegare fotocopia di un documento di identità (in corso di validità) del dichiarante

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA CERTIFICAZIONE ANTIMAFIA
(Art. 46 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.) (data di nascita)

residente a _____ (_____) in via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

in qualità di legale rappresentante di _____ che gestisce _____
(presidio o struttura), sito in _____ Via _____ n. _____, consapevole delle
sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.
76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i.

DICHIARA

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

N.B. Per contratti inferiori a 150.000,00 annui, la dichiarazione deve essere effettuata anche da tutti i soggetti di cui all'art. 85 del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. (vedi tabella sottostante);

Per contratti superiori a 150.000,00 annui, la dichiarazione deve essere accompagnata dalla dichiarazione sostitutiva, da parte dei soggetti di cui all'art. 85 del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i., dei dati dei propri familiari conviventi in modo stabile maggiori di età.

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

(luogo, data)

Il Dichiarante

	Art. 85 del D.Lgs. 159/2011
Impresa individuale	1. Titolare dell'impresa 2. Direttore tecnico (se previsto) 3. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1 e 2
Associazioni	1. Legali rappresentanti 2. Membri del collegio dei revisori dei conti o sindacale (se previsti) 3. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui al punto 1 e 2
Società di capitali o cooperative	1. Legale rappresentante 2. Amministratori 3. Direttore tecnico (se previsto) 4. Membri del collegio sindacale 5. Socio di maggioranza (nelle società con un numero di soci pari o inferiore a 4) 6. Socio (in caso di società unipersonale) 7. Membri del collegio sindacale o, nei casi contemplati dall' art. 2477 del codice civile, al sindaco, nonché ai soggetti che svolgono i compiti di vigilanza di cui all'art. 6, comma 1, lettera b) del D.Lgs 231/2001; 8. familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1-2-3-4-5-6-7

Società semplice e in nome collettivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tutti i soci 2. Direttore tecnico (se previsto) 3. Membri del collegio sindacale (se previsti) 4. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1,2 e 3
Società in accomandita semplice	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soci accomandatari 2. Direttore tecnico (se previsto) 3. Membri del collegio sindacale (se previsti) 4. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1,2 e 3
Società estere con sede secondaria in Italia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coloro che le rappresentano stabilmente in Italia 2. Direttore tecnico (se previsto) 3. Membri del collegio sindacale (se previsti) 4. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1, 2 e 3
Società estere prive di sede secondaria con rappresentanza stabile in Italia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coloro che esercitano poteri di amministrazione, rappresentanza o direzione dell'impresa 2. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui al punto 1
Società personali (oltre a quanto espressamente previsto per le società in nome collettivo e accomandita semplice)	<ol style="list-style-type: none"> 3. Soci persone fisiche delle società personali o di capitali che sono socie della società personale esaminata 4. Direttore tecnico (se previsto) 5. Membri del collegio sindacale (se previsti) 6. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1,2 e 3
Società di capitali anche consortili, per le società cooperative di consorzi cooperativi, per i consorzi con attività esterna	<ol style="list-style-type: none"> 1. Legale rappresentante 2. Componenti organo di amministrazione 3. Direttore tecnico (se previsto) 4. Membri del collegio sindacale (se previsti) 5. Ciascuno dei consorziati che nei consorzi e nelle società consortili detenga una partecipazione superiore al 10 per cento oppure detenga una partecipazione inferiore al 10 per cento e che abbia stipulato un patto parasociale riferibile a una partecipazione pari o superiore al 10 per cento, ed ai soci o consorziati per conto dei quali le società consortili o i consorzi operino in modo esclusivo nei confronti della pubblica amministrazione; 6. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1,2,3,4 e 5
Consorzi ex art. 2602 c.c. non aventi attività esterna e per i gruppi europei di interesse economico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Legale rappresentante 2. Eventuali componenti dell'organo di amministrazione 3. Direttore tecnico (se previsto) 4. Imprenditori e società consorziate (e relativi legale rappresentante ed eventuali componenti dell'organo di amministrazione) 5. Membri del collegio sindacale (se previsti) 6. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1,2,3,4 e 5
Raggruppamenti temporanei di imprese	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tutte le imprese costituenti il Raggruppamento anche se aventi sede all'estero, nonché le persone fisiche presenti al loro interno, come individuate per ciascuna tipologia di imprese e società 2. Direttore tecnico (se previsto) 3. Membri del collegio sindacale (se previsti) 4. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1, 2 e 3
Per le società di capitali anche consortili, per le società cooperative di consorzi cooperativi, per i consorzi con attività esterna e per le società di capitali con un numero di soci pari o inferiore a quattro (vedi lettera c del comma 2 art. 85) concessionarie nel settore dei giochi pubblici	<p>Oltre ai controlli previsti per le società di capitali anche consortili, per le società cooperative di consorzi cooperativi, per i consorzi con attività esterna e per le società di capitali con un numero di soci pari o inferiore a quattro, la documentazione antimafia deve riferirsi anche ai soci e alle persone fisiche che detengono, anche indirettamente, una partecipazione al capitale o al patrimonio superiore al 2 per cento, nonché ai direttori generali e ai soggetti responsabili delle sedi secondarie o delle stabili organizzazioni in Italia di soggetti non residenti. Nell'ipotesi in cui i soci persone fisiche detengano la partecipazione superiore alla predetta soglia mediante altre società di capitali, la documentazione deve riferirsi anche al legale rappresentante e agli eventuali componenti dell'organo di amministrazione della società socia, alle persone fisiche che, direttamente o indirettamente, controllano tale società, nonché ai direttori generali e ai soggetti responsabili delle sedi secondarie o delle stabili organizzazioni in Italia di soggetti non residenti. La documentazione di cui al periodo precedente deve riferirsi anche al coniuge non separato.</p>

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI OBBLIGHI DI ISCRIZIONE INPS/INAIL*resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000*

Il/La sottoscritto/anato/a a il/.../...C.F.
 residente in alla Vian.E-mailTel./Cell.
 nella qualità di rappresentante legale dell'Impresa/Associazione denominata
 con sede in Cod.Fisc./P.Iva
 e-mail pec
 Telefonocon riferimento alle verifiche sulla regolarità contributiva

DICHIARA

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

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

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

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

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

Roma,

Firma
 (per esteso e leggibile)

Allegare copia di documento di identità in corso di validità

¹Segnare le caselle interessate (ad es, con √ oppure con X),

²Sottolineare la parte che si intende dichiarare, nel modo seguente: di ~~avere~~/non avere oppure di avere/~~non avere~~.

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 PRESIDENTE
(Nicola Zingaretti)

Copia