

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 2 maggio 2018, n. U00169

Contratti/Accordi stipulati tra la Regione Lazio e l'Università Campus Bio-Medico di Roma per l'erogazione di prestazioni sanitarie con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale – Triennio 2016-2018

Oggetto: Contratti/Accordi stipulati tra la Regione Lazio e l'Università Campus Bio-Medico di Roma per l'erogazione di prestazioni sanitarie con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale – Triennio 2016-2018

**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA**

VISTI per quanto riguarda i poteri:

- la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;
- lo Statuto della Regione Lazio 11 novembre 2001, n. 1 *“Nuovo Statuto della Regione Lazio”* e ss. mm. ii.;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e s.m.i.;
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i.;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 723 del 14 dicembre 2015 avente ad oggetto *“Conferimento dell'incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e politiche sociali, ai sensi del combinato disposto dell'art. 162 e dell'allegato H del Regolamento di organizzazione 6 settembre 2002, n. 1. Approvazione schema di contratto”*, con la quale viene nominato il dr. Vincenzo Panella Direttore della Direzione Salute e Politiche Sociali;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 837 del 11 dicembre 2017 avente ad oggetto *“Attribuzione al Segretario generale pro tempore del potere di adozione di atti e di provvedimenti amministrativi inerenti alla direzione regionale Salute e Politiche Sociali”*;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 200 del 24 aprile 2018 avente ad oggetto *“Attribuzione al Segretario generale pro tempore del potere di adozione di atti e di provvedimenti amministrativi inerenti alla direzione regionale Salute e Politiche Sociali – proroga”*;

VISTI per quanto riguarda il Piano di rientro:

- l'articolo 8, comma 1, della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- l'articolo 1, comma 180, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 avente ad oggetto: *“Approvazione del “Piano di Rientro...omissis...”* e n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: *“Presenza d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio...omissis... Approvazione del Piano di Rientro”*;
- la Legge 23 dicembre 2009, n. 191;

- il Decreto del Commissario *ad acta* n. 52 del 22 febbraio 2017 avente ad oggetto: “Adozione del programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato Piano di Riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale”;

VISTI, per quanto riguarda la disciplina di cui al D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” e s.m.i., 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 il quale, 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 prevede 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:
 - 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-*sexies*, comma 2, che stabilisce che le Regioni definiscono le funzioni assistenziali nell'ambito delle attività che rispondono alle seguenti caratteristiche generali:
 - programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento all'assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti;
 - programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;
 - attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;
 - programmi di assistenza a malattie rare;
 - attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31 marzo 1992;
 - programmi sperimentali di assistenza;
 - programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori;

VISTE le vigenti norme in materia di autorizzazione e accreditamento, che regolano, tra l'altro, i requisiti minimi autorizzativi e di accreditamento;

VISTI per quanto riguarda l'autorizzazione all'esercizio ed il titolo di accreditamento:

- il Decreto del Commissario *ad Acta* n. U00133 del 09/04//2013, avente ad oggetto: *"Provvedimento di conferma dell'autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale definitivo in favore del presidio sanitario denominato "Policlinico Campus Bio-Medico", con sede operativa in Via Alvaro Del Portillo, 200 - 00128 - Roma, gestito dalla Università Campus Bio-Medico (P. IV A 97087620585), con sede legale in Via Alvaro Del Portillo, 21 - 00128- Roma."*;
- il Decreto del Commissario *ad Acta* n. U00272 del 26/06/2013, avente ad oggetto: *"Provvedimento di conferma dell'autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale definitivo in favore del presidio sanitario denominato "Policlinico Campus Bio-Medico", con sede operativa in Via Alvaro Del Portillo, 200 - 00128 - Roma, gestito dalla Università Campus Bio-Medico (P. IVA 97087620585). con sede legale in Via Alvaro Del Portillo, 21 - 00128 Roma. Revoca DCA U0013312013."*;
- il Decreto del Commissario *ad Acta* n. U00271 del 26/06/2015, avente ad oggetto:

“Università Campus Bio-Medico (P.IVA 04802051005). Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale dell'Articolazione Funzionale del SIMT del Policlinico Tor Vergata, presso il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, sito in Via Alvaro del Portillo n. 200 - 00128 Roma”;

- *il Decreto del Commissario ad Acta n. U00393 del 07/08/2015, avente ad oggetto: "Policlinico Campus Bio-Medico", gestito dalla Università Campus Bio-Medico (p. IVA 97087620585), con sede legale ed operativa in Via Alvaro Del Portillo, 200 - 00 128 - Roma. Modifica del Decreto del Commissari o ad Acta n. U00272 del 26.6.2013 - Autorizzazione all'ampliamento strutturale e funzionale, alla trasformazione dell'assetto distributivo-funzionale e alla rimodulazione dei posti letto autorizzati all'esercizio e accreditati definitivamente presso la sede operativa in Via Alvaro Del Portillo, 200 - 00128 Roma.”;*
- *il Decreto del Commissario ad Acta n. U00408 del 12/09/2017, avente ad oggetto: “Conferma dell'autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale definitivo al presidio sanitario denominato "Policlinico Campus Bio-Medico - Polo Oncologico", gestito dalla Università Campus Bio-Medico (P. IVA 97087620585), sito in Via Emilio Longoni, 47 - 00155 - Roma.”;*
- *il Decreto del Commissario ad Acta n. U00035 del 05/02/2018, avente ad oggetto: “Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, gestito dalla Università Campus Bio-Medico (P. IVA 97087620585), sito in Via Alvaro Del Portillo, 200 – 00128 – Roma – Autorizzazione all'ampliamento strutturale e funzionale, autorizzazione alla trasformazione dell'assetto distributivo-funzionale ed alla rimodulazione dei posti letto”;*

VISTO *il Decreto del Commissario ad Acta n. U00339 del 21/10/2014, avente ad oggetto “Preso d'atto dei Contratti/Accordi stipulati dalla Regione Lazio con il Policlinico Agostino Gemelli e con l'Università Campus Biomedico di Roma, per l'erogazione di prestazioni sanitarie per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale - Anno 2014”;*

TENUTO CONTO *del Decreto del Commissario ad Acta n. U00248 del 05/08/2016, avente ad oggetto “Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 per le strutture private erogatrici di prestazioni ospedaliere per acuti con onere a carico del SSR”;*

TENUTO CONTO *del Decreto del Commissario ad Acta n. U00368 del 17/11/2016, avente ad oggetto: “Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 per le strutture private erogatrici di prestazioni ospedaliere post-acuzie acuti con onere a carico del SSR”;*

TENUTO CONTO del Decreto del Commissario *ad Acta* n. U00391 del 14/12/2016 avente ad oggetto: *“Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 delle funzioni assistenziali, ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 2, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. - Anno 2016”*;

TENUTO CONTO del Decreto del Commissario *ad Acta* n. U00321 del 24/10/2016 avente ad oggetto: *“Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 in relazione all'attività di "Specialistica Ambulatoriale" svolta dalle strutture private erogatrici di prestazioni di specialistica ambulatoriale con onere SSR”*;

TENUTO CONTO del Decreto del Commissario *ad Acta* n. U00396 del 23/12/2016, avente ad oggetto: *“DCA 321 del 24 ottobre 2016: Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 in relazione all'attività di Specialistica Ambulatoriale svolta dalle strutture private erogatrici di prestazioni di specialistica ambulatoriale con onere SSR - Rettifica”*;

TENUTO CONTO della Delibera del Direttore Generale della Asl Roma 2 n. 170 del 25/01/2017, avente ad oggetto *“Definizione dei livelli massimi di finanziamento anno 2016 per le prestazioni erogate con onere a carico del SSR dalle strutture di specialistica ambulatoriale. in ottemperanza al DCA U00321 del 24 ottobre 2016, successivamente rettificato con DCA U00396 del 23/12/2016”*, nonché della Delibera n. 661 del 06/04/2017 avente ad oggetto: *“Rettifica deliberazione n. 170 del 25/01/2017 ad oggetto "Definizione livelli massimi di finanziamento anno 2016 per le prestazioni erogate con onere a carico del SSR dalle strutture di specialistica ambulatoriale, in ottemperanza al DCA U00321 del 24 ottobre 2016, successivamente rettificato con DCA U00396 del 23.12.2016”*;

TENUTO CONTO del Decreto del Commissario *ad Acta* n. U00334 del 25/07/2017, avente ad oggetto *“Definizione dei livelli massimi di finanziamento per le strutture private accreditate erogatrici di prestazioni ospedaliere per acuti, di riabilitazione post-acuzie e di lungodegenza medica, con onere a carico del servizio sanitario regionale, nonché definizione del finanziamento delle funzioni assistenziali ospedaliere ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 2, del D. Lgs n. 502/1992 e s.m.i. per strutture pubbliche e private accreditate – Biennio 2017-2018”*;

TENUTO CONTO del Decreto del Commissario *ad Acta* n. U00390 del 05/09/2017, avente ad oggetto *“Definizione del livello massimo di finanziamento per gli anni 2017/2018 in relazione all'attività di "Specialistica Ambulatoriale" svolta dalle strutture private erogatrici di prestazioni di specialistica ambulatoriale con onere SSR”*;

TENUTO CONTO della Delibera del Direttore Generale della Asl Roma 2 n. 1950 del 19/10/2017, avente ad oggetto *“Definizione livelli massimi di finanziamento anni 2017-2018 per le prestazioni erogate con onere a carico del SSR dalle strutture di specialistica ambulatoriale. in ottemperanza al DCA U00390 del 5 settembre 2017”* nonché della Delibera n.2069 del 10/11/2017 avente ad oggetto: *“Rettifica deliberazione n. 1950 del 19/10/2017 avente ad oggetto "Definizione livelli massimi di finanziamento anno 2017/2018 per le prestazioni erogate con onere a carico del SSR dalle strutture di specialistica ambulatoriale, in ottemperanza al DCA U00390 del 5 settembre 2017”;*

TENUTO CONTO del Decreto del Commissario ad Acta n. U00308 del 3 luglio 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 (“Disciplina uniforme”);*

TENUTO CONTO del Decreto del Commissario ad Acta n. U00032 del 30 gennaio 2017, avente ad oggetto *“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” – Modifiche al DCA n. U00308 del 3 luglio 2015”;*

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00324 del 06/07/2015, avente ad oggetto *“Approvazione schema di accordo/contratto ai sensi dell’art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.”;*

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00555 del 20/11/2015, avente ad oggetto *“Rettifica art. 17, comma 1, schema di accordo/contratto ai sensi dell’art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., approvato con DCA n. U00324/2015”;*

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00249 del 03/07/2017, avente ad oggetto *“Approvazione schema di accordo/contratto ai sensi dell’art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. – Revisione parziale dello schema di accordo/contratto di cui ai DCA n. 324/2015 e 555/2015”;*

TENUTO CONTO che, ai sensi del Decreto del Commissario ad Acta n. 324/2015 e s.m.i., la gestione del rapporto preordinato alla sottoscrizione degli accordi con i Policlinici Universitari non statali, come pure la contestazione e l’eventuale risoluzione, è demandata alla Regione;

VISTI i contratti/accordi allegati al presente provvedimento di cui costituiscono parte integrante:

- contratto di budget relativo alle prestazioni erogate nel 2016;
- addendum contrattuale relativo alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale – APA aggiuntivi 2016;
- addendum contrattuale relativo alle prestazioni di Alta Complessità erogate nei confronti dei pazienti non residenti (FRAC) 2016;
- contratto di budget relativo alle prestazioni erogate nel biennio 2017-2018
- contratto di budget relativo alle prestazioni di radioterapia erogate nel biennio 2017-2018.

DECRETA

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

- di prendere atto dei contratti/accordi allegati al presente provvedimento di cui costituiscono parte integrante, sottoscritti rispettivamente in data:
 - o 21/02/2017 (contratto di budget relativo alle prestazioni erogate nel 2016);
 - o 15/01/2018 (addendum contrattuale relativo alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale – APA aggiuntivi 2016);
 - o 15/01/2018 (addendum contrattuale relativo alle prestazioni di Alta Complessità erogate nei confronti dei pazienti non residenti -FRAC-2016);
 - o 30/10/2017 (contratto di budget relativo alle prestazioni erogate nel biennio 2017-2018);
 - o 22/01/2018 (contratto di budget relativo alle prestazioni di radioterapia erogate nel biennio 2017-2018);
- di dare mandato all'Area Servizio Informativo Socio-Sanitario la verifica della coerenza tra produzione erogata (in termini di presenze) e posti letto accreditati;
- che il livello di finanziamento per il triennio 2016-2018 ricomprende anche le prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori Regione e le prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extracomunitari);
- che la Regione si riserva espressamente la facoltà di rettificare il livello massimo di finanziamento sulla scorta di eventuali osservazioni avanzate dai ministeri affiancanti;

- che il livello massimo di finanziamento assegnato potrà in ogni caso subire delle modificazioni in considerazione degli eventuali provvedimenti di razionalizzazione/contenimento della spesa emanati a livello nazionale;
- che la definizione e l'attribuzione dei budget rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR entro i quali sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la normativa vigente;
- che qualsiasi provvedimento di sospensione e/o revoca dell'autorizzazione/accreditamento e/o risoluzione dell'accordo contrattuale determina l'automatica sospensione e/o revoca dell'attribuzione del livello massimo di finanziamento, con la conseguenza che, a far data dalla notifica del relativo provvedimento, la struttura interessata non potrà più erogare prestazioni con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale;
- che l'erogatore è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno fermo restando che le prestazioni erogate oltre il livello massimo di finanziamento non sono riconosciute con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale;
- che all'Erogatore viene riconosciuta la produzione relativa al livello massimo di finanziamento assegnato da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, in applicazione della normativa nazionale e regionale sui controlli;
- che l'Azienda Sanitaria Locale Roma 2, competente per territorio, dovrà vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate ed accreditate;

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

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Lazio nel termine di sessanta giorni, ovvero ricorso straordinario al Presidente della Repubblica entro il termine di centoventi giorni.

NICOLA ZINGARETTI

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

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

Regione Lazio, con sede in Roma, Via Rosa Raimondi Garibaldi n. 7, in persona del Presidente Nicola Zingaretti e del Direttore Regionale Salute e Politiche Sociali Dr. Vincenzo Panella, C.F. e P.I. 80143490581, posta elettronica certificata salute@regione.lazio.legalmail.it (di seguito per brevità “la Regione”) da una parte

e

Università Campus Bio-Medico di Roma (C.F. 97087620585), in persona del Presidente e legale rappresentante, Dott. Felice Barela, con sede in Roma, via Alvaro del Portillo n. 21, che gestisce direttamente il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, erogatore di prestazioni di assistenza ospedaliera (Cod. struttura 120915) e di assistenza di specialistica ambulatoriale (Cod. struttura 12091511), posta elettronica certificata direzioni@postasicura.unicampus.it, (di seguito, per brevità “la struttura”), dall'altra parte

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, commi 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* 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., unitamente ai R.R. n.2/2007 e n. 13/2007, ha disciplinato il procedimento di rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, del titolo di accreditamento istituzionale e gli accordi contrattuali;

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

- 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*;

- 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, anche al fine di elevare standard di qualità e trasparenza;

- la Regione sottoscrive il presente accordo/contratto in attuazione delle determinazioni di cui al DCA n. U00324 del 06/07/2015 come modificato dal DCA n. U00555 del 20/11/2015 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.

TUTTO QUANTO SOPRA PREMESSO, la Società/Ente morale/struttura e la Regione (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 intraregionali**” 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 del 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 “*budget*” si intende il livello massimo di remunerazione previsto nell’accordo/contratto sottoscritto con la struttura per cui vi è copertura nel bilancio di previsione di Parte pubblica e che rappresenta il tetto massimo invalicabile da parte della struttura quale corrispettivo per l’erogazione delle prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR.
- j) per “**regolamento**” si intende l’atto con il quale la Regione disciplina le modalità di fatturazione e di pagamento dei Crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari pubblici, l’IRCCS pubblici e l’Azienda Ares 118 (allegato al presente accordo/contratto), che definisce le condizioni, i termini e le modalità di fatturazione e pagamento dei crediti derivanti da fatture emesse dai soggetti che intrattengono rapporti con il SSR e prevede l’utilizzo di un apposito sistema informatico denominato Sistema Pagamenti del SSR; detto regolamento è allegato al presente accordo/contratto e forma parte integrante dello stesso.

Art. 2. - Identificazione della struttura

1. La struttura è titolare di autorizzazione all’esercizio e di accreditamento istituzionale definitivo rilasciati dalla Regione Lazio con provvedimenti, rispettivamente, DCA n. U00133 del 09.04.2013, DCA n. U00272 del 26.06.2013 e DCA n. U00393 del 07.08.2015, relativamente alla struttura sita in Roma, Via Alvaro del Portillo n. 200.

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 Regione della seguente documentazione in corso di validità, ovvero, della relativa autocertificazione resa ai sensi del d.P.R. n.445/2000 e s.m.i., con la quale si attesti:

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

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

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. 231/01 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, 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.;

h) l'ottemperanza 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. Si precisa che per i contratti il cui valore sia inferiore a € 200.000 annuo, il modello organizzativo di cui al D.Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. deve essere adottato entro il 31 dicembre 2015;

i) l'insussistenza di situazioni di incompatibilità 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.

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. Si intendono gravi le violazioni ostative al rilascio del documento unico di regolarità contributiva di cui all'articolo 2, comma 2, del d.l. 25 settembre 2002, n. 210, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 novembre 2002, n. 266.

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, 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.

5. La Regione e la struttura sono tenute a sottoscrivere l'accordo/contratto entro 30 giorni dall'adozione del decreto di fissazione del livello massimo di risorse assegnabili (decreto di *budget*).

6. Entro il termine di 15 giorni dal ricevimento dell'invito alla sottoscrizione, la struttura è tenuta a trasmettere alla Regione tutte le dichiarazioni e/o autocertificazioni sopra richieste – ovvero, eventualmente, a propria scelta, la relativa documentazione in corso di validità -, nonché i dati anagrafici di tutti i soggetti per i quali deve essere acquisita la documentazione di cui sopra, prima della stipula dell'accordo/contratto (secondo il modello allegato al presente accordo/contratto, che ne forma parte integrante); la Regione, anche avvalendosi della ASL di riferimento, 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; DURC di cui all'art. 31 del D.L. n. 69/2013, convertito dalla L. n. 98/2013; 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 Regione, 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 Regione 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 Regione e/o 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 Regione e/o 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 giorni dal verificarsi del fatto o dell'atto, oltre a quanto previsto dagli artt. 13 e 14 del R.R. n. 2/2007 e s.m.i., ogni modificazione 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, 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 ai fini delle necessarie

verifiche ai sensi di legge.

Art. 4 - Comportamento secondo buona fede

1. 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 di ricovero per Acuti;
- prestazioni di Riabilitazione Post- Acuzie;
- prestazioni di Laboratorio Analisi;
- prestazioni di Altra Specialistica;
- prestazioni APA;
- prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare;
- prestazioni a rimborso:
 - file F;
 - prestazioni di radioterapia;
- 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.

Art. 6 - Durata

1. La durata del presente accordo/contratto decorre a partire dal 01/01/2016 fino al 31/12/2016.
2. Non è ammesso il rinnovo tacito.
3. Qualora alla scadenza del presente accordo/contratto la Regione non abbia ancora provveduto a proporre il nuovo accordo/contratto, il presente accordo/contratto si intenderà prorogato, agli stessi patti e condizioni, fino alla proposta di sottoscrizione del successivo accordo/contratto.
4. Resta inteso che, allo scadere del termine di cui al precedente comma 1, qualora sia rideterminato il fabbisogno da parte della Regione, nel successivo accordo/contratto verranno conseguentemente adeguati condizioni, oggetto e corrispettivo pattuiti nel presente accordo/contratto, tenuto conto delle risorse finanziarie disponibili.

Art. 7 - Corrispettivo e Tariffe

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

2. La Regione dichiara che 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 D.P.C.M. 29.11.2001 e s.m.i.; 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 attivato a mezzo del presente accordo/contratto.

3. L'importo complessivo riconosciuto alla struttura ai sensi del presente accordo/contratto è di € 94.802.512,24 (novantaquattromilionioctocentoduemilacinquecentododici/24), tetto massimo non superabile (*budget*) anche relativamente ai singoli importi riconosciuti per le diverse tipologie di prestazioni. La somma indicata al successivo art. 9, comma 1, lett. d) è presuntiva ed il finanziamento verrà riconosciuto a consuntivo. Il finanziamento previsto per le funzioni di cui al successivo art. 9, comma 1, lett. e), è riconosciuto secondo il criterio ivi indicato.

Si precisa che qualunque importo ulteriore è privo di copertura di bilancio per l'anno in corso e non sarà riconoscibile alla struttura; eventuali e/o ulteriori prestazioni erogate dalla struttura non saranno riconoscibili, nemmeno a titolo di indebito arricchimento.

4. Il *budget* e le tariffe rimangono invariati per tutta la durata del contratto, fatta salva l'applicazione di leggi e/o regolamenti nazionali di natura vincolante che dovessero intervenire nel corso della durata dell'accordo/contratto, nonché le ipotesi di cui agli articoli 1430 e 1431 Cod. civ.

5. 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, fatti salvi i rimborsi previsti per la somministrazione di farmaci rendicontati nel "File F".

6. 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. 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.502/92 e s.m.i., che qui deve intendersi richiamato.

7. Qualora la stipula dell'accordo/contratto intervenga ad anno solare già iniziato e nel frattempo la struttura abbia erogato prestazioni in via di fatto, in continuità con il precedente accordo/contratto, il

budget di cui al presente accordo/contratto riassorbe comunque le prestazioni sanitarie già erogate dalla struttura sulla base del provvedimento regionale di assegnazione del budget provvisorio.

Art. 8 - Distribuzione dell'attività

1. Al fine di consentire ai terzi beneficiari continuità nella fruizione delle prestazioni sanitarie, è impegno 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 deve garantire, in ogni caso, l'erogazione delle prestazioni nella misura pari ad almeno il 10% del budget nei 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 possono superare, in ogni giornata, il numero totale dei posti letto autorizzati e accreditati. Per quanto riguarda i ricoveri in DH – Day Surgery, il numero dei pazienti ricoverati non può superare, in ogni giornata lavorativa, il doppio del numero complessivo dei posti letto autorizzati e 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 o racc. a.r., 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.

Art. 9 -Valorizzazione di prestazioni erogabili e corrispettivo massimo annuale/pluriennale

1.

a) **per le prestazioni per acuti:** il Budget assegnato alla struttura dal decreto commissariale n. U00248/2016 del 05/08/2016 per il periodo di riferimento dal 01/01/2016 al 31/12/2016 è di € 77.060.570, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari).

Le strutture che erogano prestazioni per acuti nell'ambito della programmazione regionale delle attività ospedaliere per acuti, nella logica dell'integrazione pubblico-privato e della solidarietà di sistema, sono tenute a mettere a disposizione i posti letto richiesti per il ricovero di pazienti provenienti da PS/DEA nel periodo di particolare congestionamento del settore dell'emergenza ospedaliera segnalato dallo

stesso PS/DEA e/o dalla relativa Direzione Sanitaria. L'attività di cui sopra si intende comunque dovuta entro il limite massimo del 20% dell'attività di ricovero (prestazioni) consentita alla struttura ed è ricompresa nei limiti massimi del budget assegnato; è fatta salva l'accettazione espressa di una percentuale maggiore da parte della struttura. Durante i periodi dei picchi influenzali, la percentuale del 20% sale al 35% su espressa richiesta della Regione, fatte salve soglie più elevate previa tempestiva intesa con le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative. Le strutture appartenenti alle "Reti tempo-dipendenti" sono comunque soggette agli accordi della relativa Rete di afferenza. Nei casi di richiesta di ricovero di pazienti dai P.S. pubblici alle strutture, queste ultime, qualora abbiano raggiunto il budget assegnato dalla Regione, sono tenute a negare la propria disponibilità al ricovero, segnalandolo per iscritto al soggetto richiedente.

b) **per le prestazioni di riabilitazione post- acuzie:** il Budget assegnato alla struttura dal decreto commissariale n. U00368/2016 del 17/11/2016 per il periodo di riferimento dal 01/01/2016 al 31/12/2016 è di € 1.576.001, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari);

c) **per prestazioni di specialistica ambulatoriale:**

c.1) **Laboratorio Analisi:** il Budget assegnato con Delibera del Direttore Generale della Asl n. 170 del 25/01/2017 della Asl per il periodo di riferimento dal 01/01/2016 al 31/12/2016 è di € 2.901.069,24, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa;

c.2) **Altra Specialistica:** il Budget assegnato con Delibera del Direttore Generale della Asl n. 170 del 25/01/2017 per il periodo di riferimento dal 01/01/2016 al 31/12/2016 è di € 9.592.029,00, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa. Si precisa che il budget "Altra Specialistica" comprende anche la remunerazione per le prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare.

c.3) **prestazioni APA:** il Budget assegnato con Delibera del Direttore Generale della Asl n. 170 del 25/01/2017 per il periodo di riferimento dal 01/01/2016 al 31/12/2016 è di € 1.919.740,00, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa;

d) **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 dal decreto commissariale n. U00391 del 14/12/2016 per il periodo di riferimento dal 01/01/2016 al 31/12/2016 è di € 1.753.103,00;

e) **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 per l'anno 2016 è pari al 7% sia sui valori finanziari delle prestazioni tariffate di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica rese in favore dei pazienti residenti nel territorio regionale ed erogate nel Presidio gestito direttamente, sia sui valori finanziari delle sole prestazioni tariffate di assistenza ospedaliera rese in favore dei pazienti non

residenti nel territorio regionale ed erogate nel Presidio gestito direttamente; resta inteso che l'importo sarà riconosciuto a consuntivo, calcolato sulla produzione riconoscibile dell'anno di competenza.

2. Tenuto conto di quanto chiarito sopra, la struttura prende atto e con il presente accordo/contratto conferma di accettare quale tetto massimo annuo per le Prestazioni Sanitarie da erogare per conto e con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale (di seguito denominato "Tetto Massimo Annuo") l'importo di Euro **94.802.512,24** (novantaquattromilioniottoctoduemilacinquecentododici/24), pari alla somma delle voci a), b), c) e d). Le somme indicate al precedente comma 1, lett. d) del presente articolo sono presuntive ed il finanziamento verrà riconosciuto a consuntivo; il finanziamento previsto per le funzioni di cui al precedente comma 1, lett. e) del presente articolo è riconosciuto secondo il criterio ivi indicato.

3. La struttura si impegna a mettere settimanalmente a disposizione del sistema ReCUP regionale, non appena avviato, una percentuale richiesta dalla ASL e, comunque non inferiore al 30% delle proprie agende sul totale delle prestazioni erogabili, in conformità con quanto disposto dal DCA 437/2013, recante il "*Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2013 – 2015*" e dalla DGR 157/2014 e s.m.i., in coerenza con i requisiti di accreditamento e di erogabilità fissati dalla normativa vigente regionale e nazionale.

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 requisiti di cui alla D.G.R. 14.7.2006, n. 424, come aggiornati dai Decreti del Commissario *ad acta* nn. 90/2010 e 8/2011 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. La struttura dichiara e garantisce l'adeguatezza e il perfetto stato d'uso delle apparecchiature nel tempo e si impegna a tenere a disposizione della ASL e della Regione Lazio, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e la documentazione dell'attività di manutenzione effettuata.

4. L'erogazione della prestazione sanitaria, ammessa alla remunerazione a carico del SSR, è subordinata alla richiesta compilata su Ricettario del SSN a cura del medico prescrittore, in conformità a quanto previsto dal D.M. 17 novembre 1988, n. 350, dal D.M. 17 marzo 2008, dal D.M. 2 novembre 2011 e dalle disposizioni regionali in materia, ovvero 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.

5. La struttura si impegna a svolgere le prestazioni sanitarie nel pieno rispetto del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e, in particolare, nel rispetto di quanto previsto al titolo V del decreto medesimo, rubricato: “*Trattamento di dati personali in ambito sanitario*”, obbligandosi ad osservare le misure minime di sicurezza e, segnatamente, per il trattamento dei dati con strumenti elettronici, a predisporre quanto richiesto dall’art. 34 del richiamato Codice:

- a) l’autenticazione informatica;
- b) l’adozione di procedure di gestione delle credenziali di autenticazione;
- c) l’utilizzazione di un sistema di autorizzazione;
- d) l’aggiornamento periodico dell’individuazione dell’ambito del trattamento consentito ai singoli incaricati e addetti alla gestione o alla manutenzione degli strumenti elettronici – provvedendo anche alla formazione degli stessi al fine di garantire l’effettiva protezione dei dati, nonché l’efficacia delle misure minime adottate;
- e) la protezione degli strumenti elettronici e dei dati rispetto a trattamenti illeciti di dati, ad accessi non consentiti e a determinati programmi informatici;
- f) l’adozione di procedure per la custodia di copie di sicurezza, il ripristino della disponibilità dei dati e dei sistemi;
- g) l’adozione di tecniche di cifratura o di codici identificativi per determinati trattamenti di dati idonei a rivelare lo stato di salute o la vita sessuale effettuati da organismi sanitari.

6. Le strutture si impegnano ad adempiere in modo diligente e costante al proprio debito informativo, secondo i tempi e le modalità stabilite dalla normativa nazionale e regionale.

7. 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.

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 legittimamente

verificare il corretto adempimento;

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

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. E' fatto salvo il periodo di conservazione prescritto per la documentazione sanitaria, secondo le modalità e i termini di cui al d.P.R. 30 settembre 1963, n. 1409, al d.P.R. 27 marzo 1969, n. 128 e alla circolare n. 61 del 19 dicembre 1986 del Ministero della Sanità e s.m.i.

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

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

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

9. Per tutto quanto non regolato, si applica la disciplina nazionale e regionale in materia di controlli.

Art. 12 - Modalità di fatturazione, liquidazione e termini per il pagamento del corrispettivo

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

2. La ASL si impegna, per tutta la durata del rapporto contrattuale, a remunerare mensilmente alla struttura:

a) nel caso di prestazioni assistenziali sanitarie erogate da Ospedali Classificati, Policlinici Universitari non Statali e IRCCS privati, per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria,

- una **Fattura** mensile **di Acconto** di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) del 95% delle risorse assegnate per l'anno di riferimento nei limiti della produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, al massimo pari al valore della rata definita dalla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, da emettere dall'ultimo giorno del mese a cui si riferisce la rata di acconto, sommato, ove spettante, ad 1/12 (un dodicesimo) del 95% della quota assegnata come finanziamento riconosciuto per l'erogazione di particolari funzioni assistenziali di cui all'art. 8 *sexies* del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e all'art. 7, comma 2, del D.Lgs. 517/99 e s.m.i., per l'anno di riferimento; tale importo dovrà essere fatturato e corrisposto nei termini e con le modalità di cui al regolamento allegato al presente accordo/contratto. Si precisa che nella **Fattura** mensile **di Acconto** sono compresi anche gli importi derivanti dalla valorizzazione di specifiche tipologie di prestazioni

soggette a rimborso (a titolo esemplificativo e non esaustivo, dialisi, neonato sano, radioterapia, File F, ecc.);

- una **Fattura di saldo**, calcolata sul totale delle prestazioni sanitarie effettivamente erogate nell'anno di riferimento, entro il limite massimo delle risorse assegnate, e, ove spettante, sul totale dei maggiori costi sostenuti e rendicontati per l'erogazione di particolari funzioni assistenziali, di cui al comma 2 dell'art. 8 *sexies* del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e all'art. 7, comma 2, del D. Lgs. n. 517/99 e s.m.i., nel rispetto del finanziamento riconosciuto per l'anno di riferimento, al netto dell'importo delle Fatture di Acconto emesse e degli abbattimenti applicati in esito ai controlli automatici e/o esterni. Si precisa che nella **Fattura di saldo** sono compresi anche gli importi derivanti dalla valorizzazione di specifiche tipologie di prestazioni soggette a rimborso (a titolo esemplificativo e non esaustivo, dialisi, neonato sano, radioterapia, File F, ecc.);

b) nel caso di prestazioni assistenziali sanitarie erogate da tutte le altre strutture, per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria,

- 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;

- ove spettante, una **Fattura** annuale relativa ai maggiori costi sostenuti e rendicontati per l'erogazione di particolari funzioni assistenziali, di cui al comma 2 dell'art. 8 *sexies* del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. e all'art. 7, comma 2, del D. Lgs. 517/99 e s.m.i., nel rispetto del finanziamento riconosciuto per il maggior assorbimento di risorse per l'anno di riferimento;

- ove spettante, una **Fattura** mensile, di importo pari alla valorizzazione della produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, per specifiche tipologie di prestazioni soggette a rimborso (a titolo esemplificativo e non esaustivo, dialisi, neonato sano, radioterapia, ecc.).

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.

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 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) verifica 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, qualora, effettuate le verifiche, emerga un saldo negativo o un importo da recuperare, la ASL, relativamente agli importi derivanti dai valori concordati, richiede alla struttura l'emissione di una nota di credito, secondo i tempi e con le modalità definite nel regolamento allegato al presente accordo/contratto e parte integrante dello stesso.

8. La mancata emissione della nota di credito da parte della struttura entro i termini stabiliti dal regolamento costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione del presente accordo/contratto, previa formale diffida, ai sensi del successivo art. 15.

9. E' preciso dovere della struttura, in caso di discordanza sull'esito dei controlli, adoperarsi per la conclusione del procedimento; in caso contrario, la condotta non diligente verrà valutata ai fini del corretto adempimento agli obblighi contrattuali.

Art. 13 - Cessione dell'accordo/contratto

1. Il presente accordo/contratto non può essere ceduto, nemmeno in parte.

La cessione dell'accordo/contratto costituisce grave inadempimento ai sensi del successivo art. 15 ed è causa di risoluzione dello stesso.

Art. 14 - Cessione dei crediti

1. Le modalità e i termini di cessione dei Crediti derivanti dal presente accordo/contratto sono disciplinati dal regolamento allegato al presente contratto, al quale si rinvia integralmente.

Art. 15 - Risoluzione dell'accordo/contratto

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

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

4. Nel caso in cui l'accordo/contratto sia stato sottoscritto sotto condizione risolutiva espressa ai sensi del precedente art. 3, comma 8, qualora, a seguito delle verifiche, dovesse emergere il mancato possesso di uno o più requisiti di cui al comma 2 del precedente art. 3, il presente accordo/contratto è risolto di diritto

secondo quanto disposto ai successivi commi 5 e 6.

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

- a) diniego definitivo e/o revoca dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento definitivo, ovvero di quello provvisorio;
- b) accertata definitiva carenza dei requisiti oggettivi e/o soggettivi richiesti di cui al precedente art. 3;
- c) accertata incapacità di garantire le prestazioni sanitarie per le quali la struttura è accreditata;
- d) falsità di alcuna delle dichiarazioni rese di cui al precedente art. 3, comma 2, lettere a), b), c), d), e) ed f);
- e) violazione del precedente art. 13, in materia di cessione dell'accordo/contratto;
- f) violazione del successivo art. 17, comma 3, del presente accordo/contratto.

6. Qualora si verificano una delle ipotesi sopra indicate, la Regione 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.

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 nella cui giurisdizione ha sede la Regione Lazio, con esclusione di ogni Foro concorrente e di qualsiasi devoluzione arbitrale.

2. La vigilanza sulla corretta interpretazione ed esecuzione del presente accordo/contratto è demandata ad un Comitato composto da tre rappresentanti della struttura e da tre rappresentanti di Parte pubblica, di cui uno con funzioni di Presidente, nominati dalla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali. Tale Comitato sarà istituito entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del provvedimento di adozione dello schema del presente accordo/contratto.

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 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

1. 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 similari.

Art. 19 - Norma di rinvio

1. 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.

Art. 20 - Registrazione

1. 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.

Art. 21 - Elezione di domicilio

1. 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, _____

Per la Regione

Il Direttore Regionale Salute e
Politiche Sociali

Dr. Vincenzo Panella

Il Presidente

Dott. Nicola Zingaretti

Per la struttura

Presidente e legale rappresentante

Dott. Felice Barela

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; Art. 4 Comportamento secondo buona fede; 6) Durata; 7) Corrispettivo e Tariffe; 8) Distribuzione dell'attività, esonero, autorizzazione; 9) Valorizzazione di prestazioni erogabili e corrispettivo massimo annuale/biennale; 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 del corrispettivo; 13) Cessione dell'accordo/contratto; 14) Cessione dei crediti; 15) Risoluzione dell'accordo/contratto; 16) Controversie; 17) Clausole di salvaguardia; 18) Immodificabilità dell'accordo/contratto.

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

Roma, _____

Per la Regione

Il Direttore Regionale Salute e
Politiche Sociali

Dr. Vincenzo Panella

Il Presidente

Dott. Nicola Zingaretti

Per la struttura

Presidente e legale rappresentante

Dott. Felice Barela

DISCIPLINA UNIFORME DELLE MODALITA' DI FATTURAZIONE E DI PAGAMENTO DEI CREDITI VANTATI NEI CONFRONTI DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI, DELLE AZIENDE OSPEDALIERE, DEI POLICLINICI UNIVERSITARI PUBBLICI, DEGLI IRCCS PUBBLICI E DELL'AZIENDA ARES 118

Art. 1 – Definizioni e allegati

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

“Aziende Sanitarie”: le Aziende Sanitarie locali, le Aziende Ospedaliere, i Policlinici Universitari pubblici, gli IRCCS pubblici e l’Azienda ARES 118.

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

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

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

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

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

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

“Fattura di Acconto”: Fattura mensile, derivante dall'erogazione, da parte delle Strutture, di prestazioni in regime di assistenza ospedaliera e assistenza specialistica, ovvero, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni di *acuti, riabilitazione post-acuzie, lungodegenza, neonato sano, assistenza specialistica ambulatoriale, risonanza magnetica, APA, altra specialistica, dialisi e radioterapia*, valorizzata con un importo corrispondente ad una quota percentuale della produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento e validata dall'Area Servizio Informativo Sanitario della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria, nei limiti di 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale, definita negli accordi o contratti di budget, delle risorse assegnate per l'anno di riferimento, e, ove spettante, ad un dodicesimo di un valore percentuale della quota assegnata come finanziamento riconosciuto per il maggior assorbimento di risorse per l'erogazione di particolari funzioni assistenziali, di cui al comma 2, dell'art. 8 *sexies* del D.lgs. 502/1992 e s.m.i. e al comma 2, dell'art. 7 del D.lgs. 517/99 e s.m.i., per l'anno di riferimento. (Si precisa che le suddette quote percentuali sono definite negli accordi o contratti di budget.)

Si precisa che nella Fattura mensile di Acconto dovranno essere compresi anche gli importi derivanti dalla valorizzazione di specifiche tipologie di prestazioni soggette a rimborso (a titolo esemplificativo e non esaustivo, dialisi, neonato sano, radioterapia, file F, ecc.).

“Fattura di Saldo”: Fattura derivante dall'erogazione, da parte delle Strutture, di prestazioni in regime di assistenza ospedaliera e assistenza specialistica, ovvero, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni di *acuti, riabilitazione post-acuzie, lungodegenza, neonato sano, assistenza specialistica ambulatoriale, risonanza magnetica, APA, altra specialistica, dialisi e radioterapia*, valorizzata con l'importo comunicato dalla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, calcolato sul totale delle prestazioni sanitarie erogate nell'anno di riferimento, entro il limite massimo delle risorse assegnate per il medesimo anno e, ove spettante, sulla quota assegnata per l'anno di riferimento come finanziamento riconosciuto per il maggior assorbimento di risorse per l'erogazione di particolari funzioni assistenziali, al netto dell'importo delle Fatture di Acconto emesse nel corso dell'anno di riferimento e degli abbattimenti applicati in esito ai controlli automatici e/o esterni.

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

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

“Data Consegna Fattura”: è la data di rilascio, da parte del Sistema di Interscambio della ricevuta di consegna, secondo quanto previsto al paragrafo 4 dell'allegato B al DM 55/2013, che rappresenta la data di riferimento per il calcolo dei termini previsti per la liquidazione/certificazione e il pagamento delle fatture immesse nel Sistema Pagamenti a seguito dall'entrata in vigore della norma che regola la Fatturazione Elettronica. Nel caso di Fornitori/ Prestatori di beni e servizi esclusi dall'applicazione della norma sulla fatturazione elettronica, indica il giorno di effettiva immissione delle fatture nel Sistema Pagamenti e, anche in questo caso, rappresenta la data di riferimento per il calcolo dei termini previsti per la liquidazione/certificazione e il pagamento delle fatture stesse.

“Liquidazione”: è la procedura amministrativa effettuata dagli uffici competenti dell'Azienda Sanitaria al fine di verificare, ai sensi della normativa vigente, la correttezza formale e sostanziale del Credito risultante dall'accertamento della conformità dei beni, dei servizi e delle prestazioni ricevuti e fatturati rispetto a quelli richiesti e ordinati, nonché la regolarità amministrativo contabile delle fatture stesse, e, nel caso delle Strutture, la conformità delle prestazioni al titolo di autorizzazione e di accreditamento, nel rispetto del limite massimo di finanziamento, a completamento delle procedure di accertamento nei termini indicati dalla Determinazione dirigenziale n. D1598 del 07 giugno 2006, dalla Determinazione dirigenziale n. D2804 del 2007 e ss.mm.ii. nonché da ogni altra disposizione nazionale e regionale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 2 – Oggetto e finalità del regolamento

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

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

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

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

2.5 Le Parti private e l’eventuale Cessionario, da un lato, e le Aziende Sanitarie, dall’altro, con la sottoscrizione del Contratto accettano pienamente il contenuto del presente regolamento, che ne forma parte integrante.

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

Art. 3 – Manifestazione di volontà e ammissibilità dei crediti

3.1 *La Parte privata, prima dell'emissione della Fattura, provvede alla propria registrazione nel Sistema Pagamenti nonché alla sottoscrizione, tramite firma digitale, di apposita dichiarazione che attesti l'avvenuta accettazione del presente regolamento.*

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

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

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

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

(iv) *derivanti da Fatture relative a crediti prescritti.*

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

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

4.2 *Le Strutture, ai fini dell’emissione delle Fatture nei confronti delle Aziende Sanitarie, devono obbligatoriamente utilizzare il Sistema Pagamenti, secondo le modalità indicate nell’accordo/contratto di budget sottoscritto, che potrà prevedere le seguenti fattispecie:*

(A) Per le Prestazioni erogate in regime territoriale, fatturazione in base alla produzione effettivamente erogata nel mese di riferimento;

(B) Per le Prestazioni erogate in regime di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica:

(B1) *fatturazione in base alla produzione effettivamente erogata nel mese di riferimento,*

(B2) *oppure, fatturazione in acconto e saldo.*

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

(A) Per le Prestazioni erogate in regime di assistenza territoriale, ovvero, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni neuropsichiatriche, terapeutiche riabilitative, socio-riabilitative, ex art. 26 L. 833/78, soggetti che esercitano l’attività di Hospice, residenze sanitarie assistenziali, centri diurni, l’emissione di una Fattura mensile, per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria, di importo pari alla produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per il medesimo anno di riferimento.

(B) Per le Prestazioni erogate in regime di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica, ovvero, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni di acuti, riabilitazione post-acuzie, lungodegenza, neonato sano, assistenza specialistica ambulatoriale, risonanza magnetica, APA, altra specialistica, dialisi e radioterapia:

(B1) nel caso di fatturazione in base alla produzione effettivamente erogata nel mese di riferimento, l'emissione di una Fattura mensile, per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria, di importo pari alla produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per l'anno di riferimento e, ove spettante, una Fattura annuale relativa ai maggiori costi sostenuti e rendicontati per l'erogazione di particolari funzioni assistenziali, di cui al comma 2 dell'art. 8 sexies del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e all'art. 7, comma 2, del D.lgs. 517/99 e s.m.i., nel rispetto del finanziamento riconosciuto per l'anno di riferimento.

(B2) nel caso di fatturazione con acconto e saldo, l'emissione di:

*- una Fattura mensile (**Fattura di Acconto**), per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria, di importo pari a:*

(i) 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale delle risorse assegnate per l'anno di riferimento nei limiti della produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, al massimo pari al valore della rata definita dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, da emettere dall'ultimo giorno del mese a cui si riferisce la rata di acconto;

(ii) e, ove spettante, 1/12 (un dodicesimo) di un valore percentuale della quota assegnata per l'anno di riferimento, come finanziamento riconosciuto per l'erogazione di particolari funzioni assistenziali, di cui al comma 2 dell'art. 8 sexies del D.lgs. 502/1992 e s.m.i. e all'art. 7, comma 2, del D.lgs. 517/99 e s.m.i. ;

(iii) e, ove spettante, una quota percentuale della produzione derivante dalla valorizzazione di specifiche tipologie di prestazioni soggette a rimborso (a titolo esemplificativo e non esaustivo, dialisi, neonato sano, radioterapia, file F, ecc.).

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

Tale Fattura potrà essere emessa dalla Struttura dall'ultimo giorno del mese a cui si riferisce l'acconto;

- una Fattura (**Fattura di Saldo**), per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria, di importo pari al saldo, comunicato dalla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, calcolato:

(i) sul totale delle prestazioni sanitarie effettivamente erogate nell'anno di riferimento, entro il limite massimo delle risorse assegnate nel medesimo anno;

(ii) e, ove spettante, sul totale dei maggiori costi sostenuti e rendicontati per l'erogazione di particolari funzioni assistenziali, di cui al comma 2 dell'art. 8 sexies del D.lgs. 502/1992 e s.m.i. e all'art. 7, comma 2, del D.lgs. 517/99 e s.m.i., nel rispetto del finanziamento riconosciuto per l'anno di riferimento;

(iii) e, ove spettante, sul totale della produzione derivante dalla valorizzazione di specifiche tipologie di prestazioni soggette a rimborso (a titolo esemplificativo e non esaustivo, dialisi, neonato sano, radioterapia, file F, ecc.).

Gli importi di saldo sono determinati al netto degli abbattimenti applicati in esito ai controlli automatici e/o esterni e dell'importo delle Fatture di Acconto emesse per l'anno di riferimento. Tale Fattura dovrà essere emessa dalla Struttura entro il 30 aprile dell'anno successivo alla chiusura dell'esercizio di competenza, secondo i termini e le indicazioni forniti dalla Regione. Qualora entro la suddetta scadenza non fosse ancora disponibile il dato relativo agli esiti dei controlli esterni, le eventuali somme da recuperare verranno successivamente compensate con Crediti dovuti, oggetto delle prime fatture utili emesse dalla Struttura non ancora in stato "Liquidata".

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

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

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

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

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

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

4.7 L'Azienda Sanitaria, al fine di certificare il Credito, deve inoltre verificare la posizione della Parte privata, secondo quanto disposto dal D.M. 24 ottobre 2007 e dal citato Art. 48-bis del DPR 602/73. Nel caso di Cessione del Credito, la Certificazione varrà quale accettazione della Cessione, se comunicata secondo le modalità di cui al successivo Art. 6, e l'importo certificato dovrà intendersi, eventualmente, al netto delle somme richieste da Equitalia, ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 18 gennaio 2008, n. 40, ovvero al netto delle somme oggetto di pignoramento presso terzi diversi da Equitalia.

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

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

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

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

Art. 5 – Rettifiche, recuperi e compensazioni

5.1 Nel caso di cui al precedente Art. 4. punto 4.6, qualora l'Azienda Sanitaria abbia proceduto ad un'erronea Certificazione, la stessa deve procedere alla rettifica degli importi Certificati e/o pagati erroneamente, procedendo con la compensazione sulle prime Fatture utili liquidabili ma non ancora oggetto di Certificazione, dandone debita comunicazione alla Parte privata; in mancanza di Fatture utili liquidabili, l'Azienda Sanitaria deve procedere alla richiesta di restituzione delle somme erroneamente percepite dalla Parte privata.

5.2 Qualora l'Azienda Sanitaria abbia proceduto ad un erroneo pagamento a favore della Parte privata e/o all'eventuale Cessionario, la stessa deve procedere al recupero dei relativi importi, procedendo con la compensazione sui primi pagamenti dovuti al soggetto che ha ricevuto l'erroneo pagamento, il quale riceverà debita indicazione delle fatture sulle quali è stato effettuato detto recupero, fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 6, punto 6.1.

5.3 Relativamente alle Strutture, qualora, successivamente alla determinazione della produzione riconoscibile per l'esercizio di competenza, entro i limiti massimi di finanziamento e al netto degli

abbattimenti applicati in esito ai controlli, successivamente all'effettuazione delle comunicazioni previste dalla normativa vigente, il totale Certificato e/o pagato, per l'esercizio di competenza, risulti eccedente il totale riconosciuto, l'Azienda Sanitaria ha il diritto di recuperare eventuali importi Certificati e/o pagati erroneamente a valere sulle prime Fatture utili liquidabili, emesse dalla Struttura, non ancora oggetto di Certificazione, fermo restando quanto previsto al successivo punto 5.4.

5.4 All'esito del procedimento di controllo sulle prestazioni erogate, qualora, effettuate le verifiche, emerga un saldo negativo o un importo da recuperare, l'Azienda Sanitaria, entro 60 giorni dalla conclusione del procedimento di controllo o, in caso di controlli effettuati dalla Regione, entro 60 giorni dalla ricezione della relativa comunicazione da parte della Regione,

(i) relativamente agli importi derivanti dai valori concordati tra le parti, richiede alla Struttura, l'emissione di una nota di credito e procede al recupero applicando la compensazione con Crediti dovuti, oggetto delle prime Fatture utili emesse dalla Struttura non ancora in stato "Liquidata"; nel caso in cui gli importi da recuperare siano eccessivamente rilevanti e gravosi per la Struttura, l'Azienda Sanitaria potrà pattuire una dilazione, rateizzando le somme, sulle quali verranno applicati gli interessi al tasso legale di cui all'art. 1284 c.c.;

(ii) relativamente agli importi derivanti dai valori non concordati tra le parti, l'Azienda Sanitaria, in attesa della definizione del procedimento amministrativo di cui alla vigente normativa regionale sui controlli e/o di quello giudiziale ove promosso, provvede a sospendere, su Crediti dovuti, l'erogazione di importi pari a quelli non concordati, attraverso l'apposizione dello stato "Bloccata" sulle prime fatture utili emesse dalla Struttura non ancora in stato "Liquidata".

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

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

5.7 Il recupero di tali somme derivante dai controlli effettuati sull'attività erogata non può essere soggetto ad alcuna limitazione temporale, salvo i limiti prescrizionali di legge, trattandosi di atto dovuto derivante dall'accertato inadempimento contrattuale della Struttura alla corretta erogazione delle prestazioni sanitarie.

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

Art. 6 – Obblighi della Parte privata e/o del Cessionario

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

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

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

6.4 *Nel caso in cui la Struttura, per qualsivoglia motivo, non rispetti l'obbligo di invio delle Fatture secondo la suindicata procedura, e trasmetta, invece, direttamente attraverso il Sistema di Interscambio all'Azienda Sanitaria una o più Fatture, ad esclusione delle Fatture indicate al precedente Art. 3, punto 3.3, non sarà possibile procedere alla Liquidazione/Certificazione e al pagamento delle stesse. Resta inteso che, in tal caso, non saranno dovuti gli interessi di mora.*

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

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

6.7 *La Parte privata, anche nel caso di invio da parte dei Fornitori/Prestatori di beni e servizi delle Fatture direttamente allo SDI, si impegna a rispettare gli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 e s.m.i., in materia di tracciabilità dei flussi finanziari, assumendo a proprio carico tutte le obbligazioni previste dal dettato normativo e dichiarando pertanto sul Sistema Pagamenti, mediante sottoscrizione con firma digitale a norma Digit PA, nella sezione a ciò dedicata, il conto o i conti correnti bancari o postali dedicati, anche non in via esclusiva, per il pagamento dei Crediti oggetto del presente regolamento, nonché ad indicare in ciascuna Fattura unicamente uno di tali conti correnti.*

6.8 *I Fornitori/Prestatori di beni e servizi che effettuino l'invio delle Fatture direttamente allo SDI, si obbligano ad indicare in ciascuna Fattura il conto corrente bancario o postale dedicato, anche non in via esclusiva, dichiarato sul Sistema Pagamenti come espressamente previsto nel precedente punto 6.7, nonché a comunicare tramite il Sistema Pagamenti tutte le informazioni relative agli adempimenti e agli obblighi contenuti nel presente regolamento.*

6.9 *La Parte privata si obbliga a dare evidenza, tramite il Sistema Pagamenti, di ogni intervenuta variazione/modificazione soggettiva (a titolo esemplificativo e non esaustivo, cessioni del ramo d'azienda, fusioni, incorporazioni, ecc.), ivi comprese le ipotesi disciplinate dall'art. 116 del D.lgs. n. 163/2006 e s.m.i.*

6.10 *La Parte privata è tenuta obbligatoriamente ad osservare il presente regolamento con riferimento a tutti gli accordi, contratti e negozi giuridici insorti con una o più Aziende Sanitarie, a far data dall'entrata in vigore del regolamento stesso, nonché a seguire le procedure tecniche contenute nel*

Manuale Utente e gli eventuali aggiornamenti dello stesso, di volta in volta pubblicati nell'Area Sanità/Crediti verso SSR/ Sistema Pagamenti, raggiungibile dal sito web della Regione Lazio all'indirizzo internet <http://www.regione.lazio.it>.

6.11 La Parte privata deve riportare nell'area "Anagrafica e Contratti" del Sistema Pagamenti, gli stessi dati anagrafici e identificativi indicati nel Contratto, che deve aggiornare in caso di intervenute variazioni.

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

Art. 7 – Cessione dei Crediti

*7.1 La Parte privata o il Cessionario può cedere, agli Istituti di Credito o Finanziari di cui alla Legge n. 52/91 e s.m.i., ovvero a soggetti terzi, i Crediti nella loro esclusiva e incondizionata titolarità, notificando all'Azienda Sanitaria l'atto di cessione e immettendo copia integrale dello stesso in formato digitale nel Sistema Pagamenti, **entro 5 giorni dalla notifica della cessione.***

7.2 Gli atti di cessione devono essere necessariamente predisposti nel rispetto delle forme previste dalla vigente normativa e la cessione deve essere notificata all'Azienda Sanitaria mediante consegna, a mezzo ufficiale giudiziario o, in alternativa (a scelta del cedente e del Cessionario), a mezzo piego raccomandato aperto, di un estratto del relativo atto di cessione, contenente l'elenco delle Fatture oggetto di cessione.

7.3 Gli atti di cessione devono, altresì, essere trasmessi in formato digitale, mediante l'inserimento degli stessi, nel termine di cui al precedente punto 7.1, nel Sistema Pagamenti, collegando ciascuna Fattura al relativo atto di cessione.

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

7.5 Le cessioni e le retrocessioni non sono opponibili all'Azienda Sanitaria in caso di mancato collegamento, all'interno del Sistema Pagamenti, di ciascuna Fattura al relativo atto di cessione o alla

relativa retrocessione, ancorché le stesse siano state notificate all'Azienda Sanitaria in conformità alla normativa vigente.

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

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

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

7.9 *Ai fini di una corretta identificazione del titolare del credito, l'Azienda Sanitaria che intenda rifiutare l'avvenuta cessione, deve comunicarlo al cedente e al Cessionario attraverso il Sistema Pagamenti. L'Atto di Certificazione vale quale accettazione della cessione e, come indicato al precedente art. 4, punto 4.7, l'importo certificato viene riconosciuto, eventualmente, al netto delle somme richieste da Equitalia S.p.A. ovvero oggetto di pignoramento presso terzi diversi da Equitalia.*

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

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

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

BIENNIO 2017-2018

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

tra

la Regione Lazio, con sede in Roma, Via Rosa Raimondi Garibaldi n. 7, in persona del Presidente Nicola Zingaretti e del Direttore Regionale Salute e Politiche Sociali Dr. Vincenzo Panella C.F. e P.I. 80143490581, posta elettronica certificata salute@regione.lazio.it

(di seguito, per brevità “Regione”), da una parte

e

Università Campus Bio-Medico di Roma (C.F. 97087620585), in persona del Presidente e Legale Rappresentante, Dott. Felice Barela, con sede legale in via Alvaro del Portillo n. 21 – 00128 Roma, accreditata con DCA n. U00393/2015, che gestisce direttamente il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, erogatore di prestazioni di assistenza ospedaliera (codice struttura 120915) e di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (codice SIAS 202091511), posta elettronica certificata direzioni@postasicura.unicampus.it

(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, commi 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* 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., unitamente ai R.R. n. 2/2007 e n. 13/2007, ha disciplinato il procedimento di rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, del titolo di accreditamento istituzionale e gli accordi contrattuali;

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

- 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*;

- 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, anche al fine di elevare standard di qualità e trasparenza;

- lo schema di accordo/contratto interviene a dare attuazione ai contenuti del Programma Operativo 2016-2018, recependo le osservazioni dei Ministeri vigilanti;

- la Regione sottoscrive il presente accordo/contratto in attuazione delle determinazioni di cui al DCA n. 324/2015 e s.m.i. 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.

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 intraregionali**" 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 del 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 “**budget**” si intende il livello massimo di remunerazione previsto nell’accordo/contratto sottoscritto con la struttura per cui vi è copertura nel bilancio di previsione di Parte pubblica e che rappresenta il tetto massimo invalicabile da parte della struttura quale remunerazione per l’erogazione delle prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR.
- j) per “**regolamento**” si intende l’atto con il quale la Regione disciplina le modalità di fatturazione e di pagamento dei Crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari pubblici, l’IRCCS pubblici e l’Azienda Ares 118 (allegato al presente accordo/contratto), che definisce le condizioni, i termini e le modalità di fatturazione e pagamento dei crediti derivanti da fatture emesse da i soggetti che intrattengono rapporti con il SSR e prevede l'utilizzo di un apposito sistema informatico denominato Sistema Pagamenti del SSR; detto regolamento è allegato al presente accordo/contratto e forma parte integrante dello stesso.

Art. 2. - Identificazione della struttura

1. Il presidio ospedaliero Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, sito in Roma, via Alvaro Portillo n 21, è titolare di autorizzazione e di accreditamento istituzionale definitivo rilasciato dalla Regione Lazio con provvedimenti amministrativi DCA n. U00133/2013, DCA n. U00272/2013, DCA n. U00393/2015.

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 seguente documentazione in corso di validità, ovvero, della relativa autocertificazione resa ai sensi del d.P.R. n.445/2000 e s.m.i., con la quale si attesti:

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

d) per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese:

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

d.2) qualora i contratti superino il valore indicato all'art. 83, lettera e), del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. (attualmente pari a € 150.000,00), deve essere acquisita la documentazione antimafia, ai sensi degli artt. 84 e 85 del D. Lgs. n.159/2011 e s.m.i.; a tale proposito i soggetti di cui ai commi 1) e 2), dell'art. 85 del citato codice antimafia rilasciano dichiarazione sostitutiva sottoscritta con le modalità di cui all'articolo 38 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, 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. 231/01 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, 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.;

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 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)

k) 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.

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. Si intendono gravi le violazioni ostative al rilascio del documento unico di regolarità contributiva di cui all'articolo 2,

comma 2, del d.l. 25 settembre 2002, n. 210, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 novembre 2002, n. 266.

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 si impegna a trasmettere 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.

5. La Regione 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, la Regione e la struttura sono tenute a sottoscrivere l'accordo/contratto entro 30 giorni dall'adozione del relativo provvedimento di budget da parte dell'Azienda.

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 -, nonché i dati anagrafici di tutti i soggetti per i quali deve essere acquisita la documentazione di cui sopra, prima della stipula dell'accordo/contratto (secondo i **Modelli 1 e 2** 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; DURC di cui all'art. 31 del D.L. n. 69/2013, convertito dalla L. n. 98/2013; 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 giorni dal verificarsi del fatto o dell'atto, oltre a quanto previsto dagli artt. 13 e 14 del R.R. n. 2/2007 e s.m.i., ogni modificazione 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, 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 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:

soggette a budget/finanziamento

- √ prestazioni di ricovero per Acuti;
- √ prestazioni di Riabilitazione Post- Acuzie;
- √ prestazioni di Laboratorio Analisi;
- √ prestazioni di Altra Specialistica;
- √ prestazioni APA;
- √ prestazioni APA Aggiuntivi;
- √ prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare;
- √ 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;

soggette a rimborso

- √ file F;
- √ prestazioni di radioterapia.

Art. 6 - Durata

1. La durata del presente accordo/contratto decorre a partire dal 01/01/2017 fino al 31/12/2018, fermo restando quanto previsto al successivo art. 9.
2. Non è ammesso il rinnovo tacito.
3. Qualora alla scadenza del presente accordo/contratto la Regione non abbia ancora provveduto a proporre il nuovo accordo/contratto, il presente accordo/contratto si intenderà prorogato, agli stessi patti e condizioni, fino alla proposta di sottoscrizione del successivo accordo/contratto, fatta eccezione per la remunerazione aggiuntiva delle prestazioni di cui al successivo art. 9, comma 1, lett. a.1) – “Mobilità Alta Complessità” -, che verrà decisa e stabilita di anno in anno.
4. Resta inteso che, allo scadere del termine di cui al precedente comma 1, qualora sia rideterminato il fabbisogno da parte della Regione, nel successivo accordo/contratto verranno conseguentemente adeguati condizioni, oggetto e remunerazione pattuiti nel presente accordo/contratto, tenuto conto delle risorse finanziarie disponibili.
5. Resta inteso che, in caso di entrata in vigore della normativa sulla Rete laboratoristica, le strutture interessate dovranno sottoscrivere un nuovo contratto anche in corso d'anno.

Art. 7 - Remunerazione e Tariffe

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 D.P.C.M. 29.11.2001 e s.m.i.; 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 attivato a mezzo del presente accordo/contratto.
3. L'importo complessivo riconosciuto alla struttura ai sensi del presente accordo/contratto è di **Euro 97.054.369,22 per l'anno 2017 e di Euro 96.061.163,52 (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.

Si precisa che qualunque importo ulteriore è privo di copertura di bilancio per l'anno in corso e non sarà riconoscibile alla struttura; eventuali e/o ulteriori prestazioni erogate dalla struttura non saranno riconoscibili, nemmeno a titolo di indebito arricchimento.

4. Il *budget* e le tariffe rimangono invariati per tutta la durata del contratto, fatta salva l'applicazione di leggi e/o regolamenti nazionali di natura vincolante che dovessero intervenire nel corso della durata dell'accordo/contratto, nonché le ipotesi di cui agli articoli 1430 e 1431 Cod. civ.
5. 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, fatti salvi i rimborsi previsti per la somministrazione di farmaci rendicontati nel "File F", tenuto anche conto di quanto disposto dal DCA n. 70 del 3 marzo 2017.
6. 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. 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.502/92 e s.m.i., che qui deve intendersi richiamato.
7. Qualora la stipula dell'accordo/contratto intervenga ad anno solare già iniziato e nel frattempo la struttura abbia erogato prestazioni in via di fatto, in continuità con il precedente accordo/contratto prorogato ai sensi del precedente dell'art. 6, il *budget* di cui al presente accordo/contratto riassume comunque le prestazioni sanitarie già erogate dalla struttura sulla base del provvedimento regionale di assegnazione del budget provvisorio.

Art. 8 - Distribuzione dell'attività e governo delle liste di attesa

1. Al fine di consentire ai terzi beneficiari continuità nella fruizione delle prestazioni sanitarie, è impegno 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 deve garantire, in ogni caso, l'erogazione delle prestazioni nella misura pari ad almeno il 10% del budget nei 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 possono superare, in ogni giornata, il numero totale dei posti letto autorizzati e accreditati. Per quanto riguarda i ricoveri in DH – Day Surgery, il numero dei pazienti ricoverati non può superare, in ogni giornata lavorativa, il doppio del numero complessivo dei posti letto autorizzati e 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 o racc. a.r., 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 si impegna a mettere settimanalmente a disposizione del sistema ReCUP regionale, non appena avviato, una percentuale richiesta dalla ASL e, comunque non inferiore al 70% delle proprie agende sul totale delle prestazioni erogabili, in conformità con quanto disposto dal DCA n. 110/2017, recante il "*Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2016-2018. Aggiornamento del Piano Regionale 2013-2015 per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Criteri per l'individuazione degli ambiti di garanzia. Progetti straordinari per l'abbattimento delle liste di attesa*" 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.

9. La struttura si impegna a dotarsi, entro il 31 marzo 2018, di agende digitali di prenotazione che consentano il collegamento diretto con il sistema Recup. Tali agende digitali saranno utilizzate dal Recup per fissare visite ed esami, nonché dalla Regione per verificare le modalità di prenotazione (Recup o Cup della struttura). In caso di inadempimento, per ogni giorno di ritardo sarà applicata una penale calcolata in misura giornaliera pari all'1 per mille dell'ammontare contrattuale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (di cui al successivo art. 9, comma 1, lett. d.); tale penale non potrà comunque superare, complessivamente, il 10% di detto ammontare contrattuale. Nel caso di applicazione della penale nella misura massima del 10%, il contratto sarà risolto ai sensi del successivo art. 15, commi 1, 2 e 3.

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 DCA n. U00334 del 25/07/2017 per il periodo di riferimento dal 01/01/2017 al 31/12/2017 è di € 77.060.570, per il periodo di riferimento dal 01/01/2018 al 31/12/2018 è di € 77.060.570, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari).

Le strutture che erogano prestazioni per acuti nell'ambito della programmazione regionale delle attività ospedaliere per acuti, nella logica dell'integrazione pubblico-privato e della solidarietà di sistema, sono tenute a mettere a disposizione i posti letto richiesti per il ricovero di pazienti provenienti da PS/DEA nel periodo di particolare congestionamento del settore dell'emergenza ospedaliera segnalato dallo stesso PS/DEA e/o dalla relativa Direzione Sanitaria. L'attività di cui sopra si intende comunque dovuta entro il limite massimo del 20% dell'attività di ricovero (prestazioni) consentita alla struttura ed è ricompresa nei limiti massimi del budget assegnato; è fatta salva l'accettazione espressa di una percentuale maggiore da parte della struttura. Durante i periodi dei picchi influenzali, la percentuale del 20% sale al 35% su espressa richiesta della Regione, fatte salve soglie più elevate previa tempestiva intesa con le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative. Le strutture appartenenti alle "Reti tempo-dipendenti" sono comunque soggette agli accordi della relativa Rete di afferenza. Nei casi di richiesta di ricovero di pazienti dai P.S. pubblici alle strutture, queste ultime, qualora abbiano raggiunto il budget assegnato dalla Regione, sono tenute a negare la propria disponibilità al ricovero, segnalandolo per iscritto al soggetto richiedente;

a.1) per le prestazioni per acuti di Alta complessità erogate in favore di cittadini non residenti ("Mobilità Alta Complessità"): il Budget aggiuntivo assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo DCA n. U00334 del 25/07/2017 per il periodo di riferimento dal 01/01/2017 al 31/12/2017 è di € 2.890.967, per il periodo di riferimento dal 01/01/2018 al 31/12/2018 è di € 2.890.967;

b) per le prestazioni di riabilitazione post-acuzie: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo DCA n. U00334 del 25/07/2017 per il periodo di riferimento dal 01/01/2017 al 31/12/2017 è di € 1.576.001, per il periodo di riferimento dal 01/01/2018 al 31/12/2018 è di € 1.593.723, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari);

c) per prestazioni di specialistica ambulatoriale:

c.1) Laboratorio Analisi: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo della Asl Roma 1 per il periodo di riferimento dal 01/01/2017 al 31/12/2017 è di € 2.799.531,82, per il periodo di riferimento dal 01/01/2018 al 31/12/2018 è di € 2.799.531,82, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa;

c.2) Altra Specialistica: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo della Asl Roma 1 per il periodo di riferimento dal 01/01/2017 al 31/12/2017 è di € 9.256.307,99, per il periodo di riferimento dal 01/01/2018 al 31/12/2018 è di € 9.256.307,99, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa;

c.3) prestazioni APA: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo della Asl Roma 1 per il periodo di riferimento dal 01/01/2017 al 31/12/2017 è di € 1.852.549,10, per il periodo di riferimento dal 01/01/2018 al 30/06/2018 è di € 926.274,55, comprensivo delle prestazioni erogate ai

cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa;

c.4) prestazioni APA Aggiuntivi: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo della Asl Roma 1 per il periodo di riferimento dal 01/01/2017 al 31/12/2017 è di € 39.046,31, per il periodo di riferimento dal 01/01/2018 al 30/06/2018 è di € 19.523.16, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa;

d) 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 con provvedimento amministrativo DCA n. U00334 del 25/07/2017 per il periodo di riferimento dal 01/01/2017 al 31/12/2017 è di € 1.579.396, per il periodo di riferimento dal 01/01/2018 al 31/12/2018 è di € 1.514.266;

e) 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 per il biennio 2017-2018 è pari al 7% sia sui valori finanziari delle prestazioni tariffate di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica rese in favore dei pazienti residenti nel territorio regionale ed erogate dal presidio gestito direttamente, sia sui valori finanziari delle sole prestazioni di assistenza ospedaliera rese in favore dei pazienti non residenti nel territorio regionale ed erogate nel Presidio gestito direttamente; resta inteso che l'importo sarà riconosciuto a consuntivo, calcolato sulla produzione riconoscibile dell'anno di competenza.

2. Tenuto conto di quanto chiarito sopra, la struttura prende atto e con il presente accordo/contratto conferma di accettare, **per ciascuna tipologia assistenziale sopra indicata** da erogare con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale, il tetto massimo annuo stabilito nel relativo provvedimento regionale e accetta, pertanto, l'importo complessivo di Euro 97.054.369,22 (Novantasettemilionezerocinquantaquattromilatrecentosessantanove/22) per l'anno 2017 e di Euro 96.061.163,52 (Novantaseimilionezerosessantunomilacentosessantatre/52) per l'anno 2018, pari alla somma delle voci a), a1), b), c), d), distinte per annualità (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, File F, 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 requisiti di cui alla D.G.R. 14.7.2006, n. 424, come aggiornati dai Decreti del Commissario *ad acta* nn. 90/2010 e 8/2011 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. La struttura dichiara e garantisce l'adeguatezza e il perfetto stato d'uso delle apparecchiature nel tempo e si impegna a tenere a disposizione della ASL e della Regione Lazio, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e la documentazione dell'attività di manutenzione effettuata.

4. L'erogazione della prestazione sanitaria, ammessa alla remunerazione a carico del SSR, è subordinata alla richiesta compilata su Ricettario del SSN a cura del medico prescrittore, in conformità a quanto previsto dal D.M. 17 novembre 1988, n. 350, dal D.M. 17 marzo 2008, dal D.M. 2 novembre 2011 e dalle disposizioni regionali in materia, ovvero 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.

5. La struttura si impegna a svolgere le prestazioni sanitarie nel pieno rispetto del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e, in particolare, nel rispetto di quanto previsto al titolo V del decreto medesimo, rubricato: "*Trattamento di dati personali in ambito sanitario*", obbligandosi ad osservare le misure minime di sicurezza e, segnatamente, per il trattamento dei dati con strumenti elettronici, a predisporre quanto richiesto dall'art. 34 del richiamato Codice:

- a) l'autenticazione informatica;
- b) l'adozione di procedure di gestione delle credenziali di autenticazione;
- c) l'utilizzazione di un sistema di autorizzazione;
- d) l'aggiornamento periodico dell'individuazione dell'ambito del trattamento consentito ai singoli incaricati e addetti alla gestione o alla manutenzione degli strumenti elettronici – provvedendo anche alla formazione degli stessi al fine di garantire l'effettiva protezione dei dati, nonché l'efficacia delle misure minime adottate;
- e) la protezione degli strumenti elettronici e dei dati rispetto a trattamenti illeciti di dati, ad accessi non consentiti e a determinati programmi informatici;
- f) l'adozione di procedure per la custodia di copie di sicurezza, il ripristino della disponibilità dei dati e dei sistemi;
- g) l'adozione di tecniche di cifratura o di codici identificativi per determinati trattamenti di dati idonei a rivelare lo stato di salute o la vita sessuale effettuati da organismi sanitari.

6. Le strutture si impegnano ad adempiere in modo diligente e costante al proprio debito informativo, secondo i tempi e le modalità stabilite dalla normativa nazionale e regionale.

7. 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.

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 legittimamente verificare il corretto adempimento;

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

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. E' fatto salvo il periodo di conservazione prescritto per la documentazione sanitaria, secondo le modalità e i termini di cui al d.P.R. 30 settembre 1963, n. 1409, al d.P.R. 27 marzo 1969, n. 128 e alla circolare n. 61 del 19 dicembre 1986 del Ministero della Sanità e s.m.i.

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

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

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

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

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 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, ovvero, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni neuropsichiatriche, terapeutiche riabilitative, socio-riabilitative, ex art. 26 L. 833/78, soggetti che esercitano l'attività di Hospice, residenze sanitarie assistenziali, centri diurni, 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, osservazione breve intensiva – OBI, specialistica ambulatoriale nell'ambito della rete di urgenza ed emergenza), 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,
- 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.),
- iii. e, ove spettante, di una **Fattura annuale** relativa alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nell'ambito della Rete di Emergenza e urgenza;

(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), 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, come finanziamento riconosciuto 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 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 del rimborso riconosciuto per la distribuzione dei farmaci (File F), 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.

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

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.

3. 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.

4. 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 la tempistica prevista dalla normativa vigente in materia.

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

6. All'esito del procedimento di controllo sulle prestazioni sanitarie, qualora, effettuate le verifiche, emerga un saldo negativo o un importo da recuperare, la ASL, relativamente agli importi derivanti dai valori concordati, dai valori non concordati e dalle sanzioni amministrative, richiede alla struttura l'emissione delle relative note di credito, secondo i tempi e con le modalità definite nel regolamento allegato al presente accordo/contratto e parte integrante dello stesso.

7. Per i valori concordati e le relative sanzioni amministrative, la mancata emissione della nota di credito da parte della struttura entro i termini stabiliti dal regolamento costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione del presente accordo/contratto, previa formale diffida, ai sensi del successivo art. 15.

8. E' preciso dovere della struttura, in caso di discordanza sull'esito dei controlli, adoperarsi per la conclusione del procedimento; in caso contrario, la condotta non diligente verrà valutata ai fini del corretto adempimento agli obblighi contrattuali.

Art. 13 - Cessione dell'accordo/contratto

1. Il presente accordo/contratto non può essere ceduto, nemmeno in parte.

2. La cessione dell'accordo/contratto costituisce grave inadempimento ai sensi del successivo art. 15 ed è causa di risoluzione dello stesso.

Art. 14 - Cessione dei crediti

Le modalità e i termini di cessione dei Crediti derivanti dal presente accordo/contratto sono disciplinati dal regolamento allegato al presente contratto, al quale si rinvia integralmente.

Art. 15 - Risoluzione dell'accordo/contratto

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

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

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

4. Nel caso in cui l'accordo/contratto sia stato sottoscritto sotto condizione risolutiva espressa ai sensi del precedente art. 3, comma 8, qualora, a seguito delle verifiche, dovesse emergere il mancato possesso di uno o più requisiti di cui al comma 2 del precedente art. 3, il presente accordo/contratto è risolto di diritto secondo quanto disposto ai successivi commi 5 e 6.

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

- a) diniego definitivo e/o revoca dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento definitivo, ovvero di quello provvisorio;
- b) accertata definitiva carenza dei requisiti oggettivi e/o soggettivi richiesti di cui al precedente art. 3;
- c) accertata incapacità di garantire le prestazioni sanitarie per le quali la struttura è accreditata;
- d) falsità di alcuna delle dichiarazioni rese di cui al precedente art. 3, comma 2, lettere a), b), c), d), e) ed f);
- e) violazione del precedente art. 13, in materia di cessione dell'accordo/contratto;
- f) 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.

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 nella cui giurisdizione ha sede la Regione Lazio, con esclusione di ogni Foro concorrente e di qualsiasi devoluzione arbitrale.

2. La vigilanza sulla corretta interpretazione ed esecuzione del presente accordo/contratto è demandata ad un Comitato composto da tre rappresentanti della struttura e da tre rappresentanti di Parte pubblica, di cui uno con funzioni di Presidente, nominati dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria. Tale Comitato sarà istituito entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del provvedimento di adozione dello schema del presente accordo/contratto.

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 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 similari.

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.

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, _____

Per la Regione Lazio

Il Direttore Regionale Salute
e Politiche Sociali

Dr. Vincenzo Panella

Il Presidente

Dott. Nicola Zingaretti

Per la struttura

Il Presidente
e Legale Rappresentante

Dott. Felice Barela

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) Remunerazione e Tariffe; 8) Distribuzione dell'attività e governo delle liste di attesa; 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; 16) Controversie; 17) Clausole di salvaguardia; 18) Immodificabilità dell'accordo/contratto.

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

Roma, _____

Per la Regione Lazio

Il Direttore Regionale Salute
e Politiche Sociali

Dr. Vincenzo Panella

Il Presidente

Dott. Nicola Zingaretti

Per la struttura

Il Presidente
e Legale Rappresentante

Dott. Felice Barela

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

Art. 1 – Definizioni e allegati

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

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

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

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

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

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

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

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

“Fattura di Acconto”: indica la Fattura mensile emessa, ove spettante, dalla Parte privata in formato elettronico ai sensi della normativa vigente e gestita obbligatoriamente attraverso il Sistema Pagamenti, avente ad oggetto l’importo relativo alle **funzioni assistenziali-ospedaliere di cui al comma 2 dell’art. 8 *sexies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e/o alle funzioni di didattica e ricerca di cui al comma 2 dell’art. 7 del D. Lgs. 517/99 e s.m.i., alla distribuzione di farmaci (File F)**, valorizzata con un importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore previsto per l’anno di riferimento come finanziamento riconosciuto per i maggiori

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

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

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

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

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

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

Pagamenti a seguito dall'entrata in vigore della norma che regola la Fatturazione Elettronica. Nel caso di Fornitori/ Prestatori di beni e servizi esclusi dall'applicazione della norma sulla fatturazione elettronica, indica il giorno di effettiva immissione delle fatture nel Sistema Pagamenti e, anche in questo caso, rappresenta la data di riferimento per il calcolo dei termini previsti per la liquidazione/certificazione e il pagamento delle fatture stesse.

“Liquidazione”: è la procedura amministrativa effettuata dagli uffici competenti dell'Azienda Sanitaria al fine di verificare, ai sensi della normativa vigente, la correttezza formale e sostanziale del Credito risultante dall'accertamento della conformità dei beni, dei servizi e delle prestazioni ricevuti e fatturati rispetto a quelli richiesti e ordinati, nonché la regolarità amministrativo contabile delle fatture stesse, e, nel caso delle Strutture, la conformità delle prestazioni al titolo di autorizzazione e di accreditamento, nel rispetto del limite massimo di finanziamento, a completamento delle procedure di accertamento nei termini indicati dalla Determinazione dirigenziale n. D1598 del 07 giugno 2006, dalla Determinazione dirigenziale n. D2804 del 2007 e ss.mm.ii. nonché da ogni altra disposizione nazionale e regionale.

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

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

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

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

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

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

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

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

“Respinta”: è lo stato in cui si trova la Fattura a seguito di rifiuto da parte dell'Azienda Sanitaria, a fronte di irregolarità formali della stessa. In questo caso, la Parte privata avrà la possibilità di rettificare i dati irregolari

e/o erronei presenti nella Fattura Respinta, trasmettendo una nuova fattura debitamente corretta, recante la stessa data e lo stesso numero di documento di quella che si intende rettificare.

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

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

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

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

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

Art. 2 – Oggetto e finalità del regolamento

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

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

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

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

2.5 Le Parti private e l’eventuale Cessionario, da un lato, e le Aziende Sanitarie, dall’altro, con la sottoscrizione del Contratto accettano pienamente il contenuto del presente regolamento, che ne forma parte integrante.

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

Art. 3 – Manifestazione di volontà e ammissibilità dei crediti

3.1 La Parte privata, prima dell'emissione della Fattura, provvede alla propria registrazione nel Sistema Pagamenti nonché alla sottoscrizione, tramite firma digitale, di apposita dichiarazione che attesti l'avvenuta accettazione del presente regolamento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- (D) **Per le Prestazioni erogate in regime di assistenza territoriale, ovvero, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni neuropsichiatriche, terapeutiche riabilitative, socio-riabilitative, ex art. 26 L. 833/78, soggetti che esercitano l’attività di Hospice, residenze sanitarie assistenziali, centri diurni, l’emissione di una Fattura mensile per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria, di importo pari alla produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per il medesimo anno di riferimento.**
- (E) **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, osservazione breve intensiva – OBI, specialistica ambulatoriale nell’ambito della rete di urgenza ed emergenza) l’emissione di (i) una Fattura mensile per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria, di importo pari alla produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per l’anno di riferimento, (ii) e, ove spettante, una Fattura mensile di importo pari alla produzione**

effettivamente erogata in relazione a specifiche tipologie di prestazioni soggette a rimborso (a titolo esemplificativo e non esaustivo, dialisi, neonato sano, radioterapia, OBI, ecc.), (iii) e, ove spettante, una Fattura annuale relativa alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nell'ambito della Rete di Emergenza e urgenza;

(F) 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), l'emissione, ove spettante, di:

- una fattura mensile (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore assegnato per l'anno di riferimento, come finanziamento riconosciuto per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere, di cui al comma 2 dell'art. 8 sexies del D.lgs. 502/1992 e s.m.i.;
- una fattura mensile (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore del finanziamento per i maggiori costi sostenuti per lo svolgimento delle funzioni di didattica e di ricerca connesse ad attività assistenziali di cui all'art. 7, comma 2, del D.lgs. 517/99 e s.m.i., indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio;
- una fattura mensile (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di un quota percentuale del valore del rimborso riconosciuto per la distribuzione dei farmaci (File F), indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio.

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

Tale Fattura potrà essere emessa dalla Struttura dall'ultimo giorno del mese a cui si riferisce l'acconto.

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

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. Tale Fattura dovrà essere emessa dalla Struttura entro il 30 aprile dell'anno successivo alla chiusura del bilancio di esercizio di competenza, secondo i termini e le indicazioni forniti dalla Regione.

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

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

Al fine di facilitare la predisposizione della fattura elettronica nonché la liquidazione e la certificazione della stessa, è necessario indicare in ogni fattura, ove esistente, il numero e la data dell'ordine di acquisto nonché il numero e la data del Documento di Trasporto.

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

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

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

Quanto sopra esposto si applica fatti salvi i casi di sequestro e impregiudicato il diritto dell'Azienda Sanitaria di non certificare i Crediti in caso di irregolarità della Fattura e/o contestazione della prestazione resa, fermo restando l'obbligo dell'Azienda Sanitaria di dare comunicazione, attraverso l'utilizzo delle apposite funzionalità

presenti nei propri sistemi di gestione contabile, in merito alla motivazione della mancata certificazione della stessa entro i termini di cui al precedente punto 4.3.

4.7 L'Azienda Sanitaria, al fine di certificare il Credito, deve inoltre verificare la posizione della Parte privata, secondo quanto disposto dal D.M. 24 ottobre 2007 e dal citato Art. 48-bis del DPR 602/73. Nel caso di Cessione del Credito, la Certificazione varrà quale accettazione della Cessione, se comunicata secondo le modalità di cui al successivo Art. 6, e l'importo certificato dovrà intendersi, eventualmente, al netto delle somme richieste da Equitalia, ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 18 gennaio 2008, n. 40, ovvero al netto delle somme oggetto di pignoramento presso terzi diversi da Equitalia.

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

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

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

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

Art. 5 – Rettifiche, recuperi e compensazioni

5.1 Nel caso di cui al precedente Art. 4. punto 4.6, qualora l'Azienda Sanitaria abbia proceduto ad un'erronea Certificazione, la stessa deve procedere alla rettifica degli importi Certificati e/o pagati erroneamente, procedendo con la compensazione sulle prime Fatture utili liquidabili ma non ancora oggetto di Certificazione, dandone debita comunicazione alla Parte privata; in mancanza di Fatture utili liquidabili, l'Azienda Sanitaria deve procedere alla richiesta di restituzione delle somme erroneamente percepite dalla Parte privata.

5.2 Qualora l'Azienda Sanitaria abbia proceduto ad un erroneo pagamento a favore della Parte privata e/o all'eventuale Cessionario, la stessa deve procedere al recupero dei relativi importi, procedendo con la compensazione sui primi pagamenti dovuti al soggetto che ha ricevuto l'erroneo pagamento, il quale riceverà debita indicazione delle fatture sulle quali è stato effettuato detto recupero, fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 6, punto 6.1.

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

5.4 All'esito del procedimento di controllo sulle prestazioni erogate, qualora, effettuate le verifiche, emerga un importo da recuperare, **l'Azienda Sanitaria**, entro 60 giorni dalla conclusione del procedimento di controllo o, in caso di controlli effettuati dalla Regione, entro 60 giorni dalla ricezione della relativa comunicazione da parte della Regione,

(i) relativamente agli importi derivanti dai valori concordati tra le parti, richiede alla Struttura, l'emissione di una nota di credito e procede al recupero applicando la compensazione con Crediti dovuti, oggetto delle prime Fatture utili emesse dalla Struttura non ancora in stato "Liquidata"; in attesa dell'emissione della nota di credito da parte della Struttura, l'Azienda Sanitaria provvede a sospendere, su Crediti dovuti, l'erogazione di importi pari a quelli concordati, attraverso l'apposizione dello specifico motivo di blocco sulle prime fatture utili emesse dalla Struttura non ancora in stato "Liquidata";

(ii) relativamente agli importi derivanti dai valori non concordati tra le parti, in attesa della definizione del procedimento amministrativo di cui alla vigente normativa regionale sui controlli e/o di quello giudiziale ove promosso, provvede a sospendere, su Crediti dovuti, l'erogazione di importi pari a quelli non concordati, attraverso l'apposizione dello specifico motivo di blocco sulle prime fatture utili emesse dalla Struttura non ancora in stato "Liquidata", richiedendo la relativa Nota di Credito.

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

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

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

5.8 Si precisa che il procedimento di controllo sulle prestazioni sanitarie è suscettibile di determinare il recupero dei relativi valori e delle conseguenti somme entro il periodo prescrizionale di legge successivo

all'erogazione delle prestazioni, ferma restando, in ogni caso, la responsabilità di cui all'art. 1218 c.c. e il relativo eventuale obbligo del risarcimento del danno.

Art. 6 – Obblighi della Parte privata e/o del Cessionario

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

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

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

6.4 Nel caso in cui la Struttura, per qualsivoglia motivo, non rispetti l'obbligo di invio delle Fatture secondo la suindicata procedura, e trasmetta, invece, direttamente attraverso il Sistema di Interscambio all'Azienda Sanitaria una o più Fatture, ad esclusione delle Fatture indicate al precedente Art. 3, punto 3.3, non sarà possibile procedere alla Liquidazione/Certificazione e al pagamento delle stesse. Resta inteso che, in tal caso, non saranno dovuti gli interessi di mora.

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

6.6 La Parte privata e/o l'eventuale Cessionario non possono cedere a terzi, in tutto o in parte, Fatture per interessi maturati e maturandi, spese o altri accessori, ivi incluse note di credito e note di debito, relative ai

Crediti, separatamente dall'ammontare capitale dei predetti Crediti. In caso di violazione di tale disposizione, tali soggetti perdono il diritto alla corresponsione di tali interessi (qualora dovuti).

6.7 La Parte privata, anche nel caso di invio da parte dei Fornitori/Prestatori di beni e servizi delle Fatture direttamente allo SDI, si impegna a rispettare gli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 e s.m.i., in materia di tracciabilità dei flussi finanziari, assumendo a proprio carico tutte le obbligazioni previste dal dettato normativo e dichiarando pertanto sul Sistema Pagamenti, mediante sottoscrizione con firma digitale a norma Digit PA, nella sezione a ciò dedicata, il conto o i conti correnti bancari o postali dedicati, anche non in via esclusiva, per il pagamento dei Crediti oggetto del presente regolamento, nonché ad indicare in ciascuna Fattura unicamente uno di tali conti correnti.

6.8 I Fornitori/Prestatori di beni e servizi che effettuino l'invio delle Fatture direttamente allo SDI, si obbligano ad indicare in ciascuna Fattura il conto corrente bancario o postale dedicato, anche non in via esclusiva, dichiarato sul Sistema Pagamenti come espressamente previsto nel precedente punto 6.7, nonché a comunicare tramite il Sistema Pagamenti tutte le informazioni relative agli adempimenti e agli obblighi contenuti nel presente regolamento.

6.9 La Parte privata si obbliga a dare evidenza, tramite il Sistema Pagamenti, di ogni intervenuta variazione/modificazione soggettiva (a titolo esemplificativo e non esaustivo, cessioni del ramo d'azienda, fusioni, incorporazioni, ecc.), ivi comprese le ipotesi disciplinate dall'art. 116 del D.lgs. n. 163/2006 e s.m.i.

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

6.11 La Parte privata deve riportare nell'area "Anagrafica e Contratti" del Sistema Pagamenti, gli stessi dati anagrafici e identificativi indicati nel Contratto, che deve aggiornare in caso di intervenute variazioni.

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

Art. 7 – Cessione dei Crediti

7.1 La Parte privata o il Cessionario può cedere, agli Istituti di Credito o Finanziari di cui alla Legge n. 52/91 e s.m.i., ovvero a soggetti terzi, i Crediti nella loro esclusiva e incondizionata titolarità, notificando all'Azienda Sanitaria l'atto di cessione e immettendo copia integrale dello stesso in formato digitale nel Sistema Pagamenti, **entro 5 giorni dalla notifica della cessione.**

7.2 Gli atti di cessione devono essere necessariamente predisposti nel rispetto delle forme previste dalla vigente normativa e la cessione deve essere notificata all'Azienda Sanitaria mediante consegna, a mezzo

ufficiale giudiziario o, in alternativa (a scelta del cedente e del Cessionario), a mezzo piego raccomandato aperto, di un estratto del relativo atto di cessione, contenente l'elenco delle Fatture oggetto di cessione.

7.3 Gli atti di cessione devono, altresì, essere trasmessi in formato digitale, mediante l'inserimento degli stessi, nel termine di cui al precedente punto 7.1, nel Sistema Pagamenti, collegando ciascuna Fattura al relativo atto di cessione.

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

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

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

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

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

7.9 Ai fini di una corretta identificazione del titolare del credito, l'Azienda Sanitaria che intenda rifiutare l'avvenuta cessione, deve comunicarlo al cedente e al Cessionario attraverso il Sistema Pagamenti. L'Atto di Certificazione vale quale accettazione della cessione e, come indicato al precedente art. 4, punto 4.7, l'importo certificato viene riconosciuto, eventualmente, al netto delle somme richieste da Equitalia S.p.A. ovvero oggetto di pignoramento presso terzi diversi da Equitalia.

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

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

Per la Regione Lazio

Il Direttore Regionale Salute
e Politiche Sociali

Dr. Vincenzo Panella

Il Presidente

Dott. Nicola Zingaretti

Per la struttura

Il Presidente
e Legale Rappresentante

Dott. Felice Barela

ADDENDUM

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

Anno 2016

(DCA n. 248/2016 – DCA n. 32/2017)

Addendum all'Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. 2016

tra

la **Regione Lazio**, con sede in Roma, Via Rosa Raimondi Garibaldi n. 7, in persona Segretario Generale Andrea Tardiola, C. F. e P. I. 80143490581, posta elettronica certificata salute@regione.lazio.legalmail.it (di seguito per brevità "la Regione"), da una parte

e

Università Campus Bio-Medico di Roma (C.F. 97087620585), in persona del Presidente e legale rappresentante, Dott. Felice Barela, con sede in Roma, via Alvaro del Portillo n. 21, che gestisce direttamente il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, erogatore di prestazioni di assistenza ospedaliera (Cod. struttura 120915) e di assistenza di specialistica ambulatoriale (Cod. struttura 12091511), posta elettronica certificata direzioni@postasicura.unicampus.it, (di seguito, per brevità "la struttura"), dall'altra parte

PREMESSO CHE

- con Decreto del Commissario *ad acta* n. U00248 del 05/08/2016 la Regione ha fissato, per le strutture che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera per Acuti (P01-Acuti) con onere a carico del SSR, il livello massimo di finanziamento per l'annualità 2016;
- il suddetto Decreto del Commissario *ad acta* n. U00248/2016 ha determinato il budget per soddisfare la domanda dei cittadini residenti e di quelli non residenti;
- il suddetto Decreto del Commissario *ad acta* n. U00248/2016 ha previsto, altresì, in via sperimentale, esclusivamente per l'anno 2016, un budget aggiuntivo per le prestazioni di Alta complessità erogate in favore di cittadini non residenti, come indicato e ripartito puntualmente nell'Allegato A al medesimo DCA n. U00248/2016, stabilendo espressamente:
 - *“che la singola struttura potrà accedere al “budget per incremento mobilità alta complessità”, di cui all'allegato A del presente decreto, esclusivamente nel caso in cui le prestazioni di alta complessità dalla stessa erogate a favore di cittadini non residenti nell'anno 2016 siano incrementate rispetto all'anno 2015;*
 - *che le strutture che nell'anno 2016 non registreranno il suddetto incremento delle prestazioni di alta complessità a favore di cittadini non residenti non potranno far valere alcun diritto sul budget aggiuntivo di cui sopra;*
 - *che il “budget per incremento mobilità alta complessità”, di cui all'allegato A del presente decreto, remunera esclusivamente la quota parte incrementale, rispetto all'anno 2015, di prestazioni di alta complessità a favore di cittadini non residenti erogate dalla struttura;*
 - *che le prestazioni di alta complessità erogate a favore di cittadini non residenti dovranno essere*

ricomprese nell'ambito del budget 2016 "non residenti" di cui all'allegato A del presente decreto, fino a concorrenza delle prestazioni di alta complessità a favore di cittadini non residenti erogate dal soggetto erogatore nell'anno 2015;

- che il suddetto budget aggiuntivo viene assegnato in via sperimentale esclusivamente per le prestazioni erogate nell'anno 2016. Pertanto tale assegnazione non potrà far sorgere in capo ai singoli soggetti erogatori alcun diritto acquisito o legittimo affidamento a vedersi riconosciuto lo stesso anche negli anni successivi";

- in data 21 febbraio 2017 è stato sottoscritto in forma digitale il contratto di budget inerente alle prestazioni sopra citate per il periodo temporale fissato nel relativo decreto;

- in data 30 gennaio 2017 con DCA n. U00032, la Regione ha parzialmente modificato il DCA n. U00308/2015, recante "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", nella parte relativa, esclusivamente, all'art. 4, punti 4.2., 4.3 e 4.4, nonché all'art. 5, punto 5.4;

*- alla luce di quanto disposto dal DCA n. U00248/2016 e viste le modifiche apportate dal DCA n. U00032/2017, le Parti intendono sottoscrivere un *Addendum* all'accordo/contratto di budget già stipulato.*

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

Art. 1

Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all'accordo/contratto di budget già sottoscritto, ivi comprese quelle relative al budget complessivo assegnato per l'anno 2016 per le prestazioni rese con onere a carico del SSR in favore di cittadini residenti e cittadini non residenti, che qui si abbiano tutte per integralmente richiamate, in virtù del budget aggiuntivo previsto per le prestazioni di alta complessità erogate in favore di cittadini **non residenti**, come indicato e ripartito puntualmente nell'Allegato A al medesimo DCA n. U00248/2016, allegato al presente *Addendum* e parte integrante dello stesso (**all. 1**), **il "Budget per incremento mobilità alta complessità" per l'anno 2016, ammonta a 2.273.914,00 (duemilioniduecentosettantatremilanovecento quattordici/00), con decorrenza dal 01/01/2016 al 31/12/2016.**

Art. 2

Le Parti convengono che il "budget per incremento mobilità alta complessità", di cui al precedente Art. 1, remunera esclusivamente la quota parte incrementale, rispetto all'anno 2015, di prestazioni di alta complessità a favore di cittadini non residenti erogate dalla struttura.

Le Parti convengono, altresì, che le prestazioni di alta complessità erogate a favore di cittadini non residenti dovranno essere ricomprese nell'ambito del budget 2016 "non residenti" di cui all'allegato A del presente decreto, fino a concorrenza delle prestazioni di alta complessità a favore di cittadini non residenti erogate dal soggetto erogatore nell'anno 2015.

La struttura accetta espressamente che il suddetto budget aggiuntivo viene assegnato in via sperimentale esclusivamente per le prestazioni di alta complessità erogate con onere a carico del SSR in favore di cittadini non residenti nell'anno 2016 e, pertanto, tale assegnazione non potrà far sorgere in capo alla stessa alcun diritto o interesse legittimo a vedersi riconosciuto lo stesso anche negli anni successivi.

Si ribadisce che anche il budget aggiuntivo assegnato con il presente *Addendum* rappresenta tetto massimo annuo riconoscibile, invalicabile per la struttura.

Art. 3

Le Parti convengono espressamente che, in deroga a quanto previsto dal comma 2 dell'art. 12 dell'accordo/contratto di budget sottoscritto per l'anno 2016, le modalità di fatturazione e pagamento di tutti i crediti sono quelle indicate dal DCA n. U00032/2017, in vigore a far data dal 1 gennaio 2017, allegato al presente *Addendum* e parte integrante dello stesso.

Per tutto quanto non regolato dal presente atto si rinvia al contratto di budget già sottoscritto digitalmente e parte integrante dello stesso.

Roma, _____

Firmato REGIONE LAZIO

Firmato STRUTTURA

ADDENDUM

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

Anno 2016

**(DCA n. 332/2015 – DCA n. 215/2016 –
DCA n. 248/2016 - DCA n. 32/2017 - DCA n. 220/2017)**

Addendum all'Accordo/Contratto *ex art. 8 quinquies* D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. 2016

tra

la **Regione Lazio**, con sede in Roma, Via Rosa Raimondi Garibaldi n. 7, in persona del Segretario Generale Andrea Tardiola, C. F. e P. I. 80143490581, posta elettronica certificata salute@regione.lazio.legalmail.it (di seguito per brevità "la Regione"), da una parte

e

Università Campus Bio-Medico di Roma (C.F. **97087620585**), in persona del Presidente e legale rappresentante, Dott. Felice Barela, con sede in Roma, via Alvaro del Portillo n. 21, che gestisce direttamente il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, erogatore di prestazioni di assistenza ospedaliera (Cod. struttura 120915) e di assistenza di specialistica ambulatoriale (Cod. struttura 12091511), posta elettronica certificata direzioni@postasicura.unicampus.it, (di seguito, per brevità "la struttura"), dall'altra parte

PREMESSO CHE

- con Decreto del Commissario *ad acta* n. U00332 del 13 luglio 2015 recante: "Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2015 alle strutture erogatrici di prestazioni ospedaliere (acuzie e post-acuzie) con onere a carico del SSR - Rettifica e integrazione DCA n. 310/2013 - APA aggiuntivi", la Regione ha stabilito tra l'altro:

- di valorizzare il volume dei ricoveri per ciascuna struttura pubblica e privata, così come indicato **nell'allegato C** del medesimo provvedimento, individuati sulla base della trasferibilità degli stessi in regime ambulatoriale (protocollo APA), e che tali valori sono aggiuntivi rispetto a quanto previsto per l'anno 2015 nel DCA n. 241/2014;
- che per accedere al budget APA aggiuntivo di cui sopra occorre essere in possesso dei requisiti di autorizzazione e accreditamento e condizioni di erogabilità che verranno definiti dall'Area Autorizzazione e Accreditamento con successivo decreto del Commissario *ad acta*;

- il suddetto **allegato C** individua puntualmente le prestazioni APA oggetto di valorizzazione aggiuntiva;

- con Decreto del Commissario *ad acta* n. U00215 del 15 giugno 2016, recante: "Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (A.P.A.). Definizione dei requisiti generali, strutturali, organizzativi e tecnologici - Disciplina transitoria, è stato disposto, tra l'altro, che "nelle more di una definitiva riorganizzazione degli A.P.A. le strutture pubbliche e private sono autorizzate a svolgere, a decorrere dalla data di adozione del DCA n. U00332/2015 e fino al 31.7.2017, le prestazioni A.P.A. per le attività già autorizzate e accreditate in ricovero ordinario e/o di day surgery";

- con Decreto del Commissario *ad acta* n. U00248 del 5 agosto 2016, avente ad oggetto "Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 per le strutture private erogatrici di prestazioni ospedaliere per acuti con onere a carico del SSR", la Regione ha stabilito il budget

per le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti per l'anno 2016;

- con Decreto del Commissario *ad acta* n. U00396 del 23 dicembre 2016, recante: “*DCA 321 del 24 ottobre 2016: “Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 in relazione all'attività di "Specialistica Ambulatoriale" svolta dalle strutture private erogatrici di prestazioni di specialistica ambulatoriale con onere SSR” – Rettifica*”, sono stati attribuiti i livelli di finanziamento sulla base dell'attività 2015 rilevata all'interno dei budget 2015 di cui, per le prestazioni APA, i Decreti Commissariali U00241/2014 e U00499/2015;

- con Decreto del Commissario *ad acta* n. U00220 del 15 giugno 2017, recante “*APA aggiuntivi 2016: DCA 332 del 13 luglio 2015; DCA 215 del 15 giugno 2016*”, sono stati attribuiti per l'anno 2016 gli APA aggiuntivi previsti dal DCA n. 332/2015, per i soggetti erogatori con onere SSR per le prestazioni APA e per gli importi individuati dal medesimo provvedimento Commissariale;

- nell'allegato 1 del citato DCA n. U00220/2017, parte integrante dello stesso, sono indicati gli APA e la relativa valorizzazione *ex DCA* n. U00332/2015, oggetto di attribuzione aggiuntiva ai sensi del medesimo provvedimento e le relative strutture sanitarie private accreditate destinatarie del finanziamento;

- i livelli massimi di finanziamento si riferiscono anche alle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e alle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extracomunitari);

- all'Erogatore viene riconosciuta la produzione relativa al livello massimo di finanziamento assegnato da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, in applicazione della normativa nazionale e regionale sui controlli;

- in data 21 febbraio 2017 è stato sottoscritto il contratto di budget 2016 per il periodo temporale fissato nel relativo decreto;

- in data 30 gennaio 2017, con DCA n. U00032, la Regione ha parzialmente modificato il DCA n. U00308/2015, recante “*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*”, nella parte relativa, esclusivamente, all'art. 4, punti 4.2., 4.3 e 4.4, nonché all'art. 5, punto 5.4;

- alla luce di quanto disposto dal DCA n. U00220/2017 e viste le modifiche apportate dal DCA n. U00032/2017, le Parti intendono sottoscrivere un *Addendum* all'accordo/contratto di budget già stipulato.

TUTTO QUANTO SOPRA PREMESSO, che forma parte integrante del presente *addendum* contrattuale, la Struttura e la Regione Lazio (di seguito definite anche le “**Parti**”) convengono e stipulano quanto segue.

Art. 1

Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all'accordo/contratto di budget già sottoscritto, ivi comprese quelle relative al budget complessivo assegnato per l'anno 2016 per le prestazioni rese

con onere a carico del SSR in favore di cittadini residenti e cittadini non residenti, che qui si abbiano tutte per integralmente richiamate, in virtù del *budget* previsto per gli APA aggiuntivi, come indicato e puntualmente ripartito nell'Allegato 1 al DCA n. U00220/2017, il “***Livello massimo di finanziamento 2016 APA aggiuntivi ex DCA 332/2015***”, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (*ticket* e quota fissa) di cui alla vigente normativa, **ammonta a euro 40.462,50 (quarantamilaquattrocentosessantadue/50), con decorrenza dal 01/01/2016 al 31/12/2016.**

Si ribadisce che anche il budget aggiuntivo assegnato con il presente *Addendum* rappresenta tetto massimo annuo riconoscibile, invalicabile per la struttura.

Art. 2

Le Parti convengono espressamente che, in deroga a quanto previsto dal comma 2 dell'art. 12 dell'accordo/contratto di budget sottoscritto per l'anno 2016, le modalità di fatturazione e pagamento di tutti i crediti sono quelle indicate dal DCA n. U00032/2017, in vigore a far data dal 1 gennaio 2017, allegato al presente *Addendum* e parte integrante dello stesso.

Per tutto quanto non regolato dal presente atto si rinvia al contratto di *budget* già sottoscritto digitalmente e parte integrante dello stesso.

Roma, _____

Firmato REGIONE LAZIO

Firmato STRUTTURA

**Accordo/Contratto *ex art. 8 quinquies* D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii.
BIENNIO 2017-2018**

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

tra

la Regione Lazio, con sede in Roma, Via Rosa Raimondi Garibaldi n. 7, in persona del Segretario Generale Andrea Tardiola C.F. e P.I. 80143490581, posta elettronica certificata salute@regione.lazio.it (di seguito, per brevità “Regione”), da una parte

e

Università Campus Bio-Medico di Roma (C.F. 97087620585), in persona del Presidente e Legale Rappresentante, Dott. Felice Barela, con sede legale in via Alvaro del Portillo n. 21 – 00128 Roma, accreditata con DCA n. U00408/2017, che gestisce direttamente il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico – Polo Oncologico, erogatore di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (codice 120915667001), posta elettronica certificata direzioni@postasicura.unicampus.it (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, commi 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* 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., unitamente ai R.R. n. 2/2007 e n. 13/2007, ha disciplinato il procedimento di rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, del titolo di accreditamento istituzionale e gli accordi contrattuali;

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

- 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*;

- 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, anche al fine di elevare standard di qualità e trasparenza;

- lo schema di accordo/contratto interviene a dare attuazione ai contenuti del Programma Operativo 2016-2018, recependo le osservazioni dei Ministeri vigilanti;

- la Regione sottoscrive il presente accordo/contratto in attuazione delle determinazioni di cui al DCA n. 324/2015 e s.m.i. 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;

- resta fermo quanto pattuito tra la Regione Lazio e l'Università Campus Bio-Medico con l'Accordo/Contratto di budget ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. sottoscritto in data 30 ottobre 2017;

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 intraregionali**” 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 del 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 “**budget**” si intende il livello massimo di remunerazione previsto nell’accordo/contratto sottoscritto con la struttura per cui vi è copertura nel bilancio di previsione di Parte pubblica e che rappresenta il tetto massimo invalicabile da parte della struttura quale remunerazione per l’erogazione delle prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR.
- j) per “**regolamento**” si intende l’atto con il quale la Regione disciplina le modalità di fatturazione e di pagamento dei Crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari pubblici, l’IRCCS pubblici e l’Azienda Ares 118 (allegato al presente accordo/contratto), che definisce le condizioni, i termini e le modalità di fatturazione e pagamento dei crediti derivanti da fatture emesse da i soggetti che intrattengono rapporti con il SSR e prevede l’utilizzo di un apposito sistema informatico denominato Sistema Pagamenti del SSR; detto regolamento è allegato al presente accordo/contratto e forma parte integrante dello stesso.

Art. 2. - Identificazione della struttura

1. Il presidio ospedaliero Policlinico Universitario Campus Bio-Medico – Polo Oncologico, sito in Roma, via Emilio Longoni, 47, è titolare di autorizzazione e di accreditamento istituzionale definitivo rilasciato dalla Regione Lazio con provvedimento amministrativo DCA n. U00408/2017.

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 seguente documentazione in corso di validità,

ovvero, della relativa autocertificazione resa ai sensi del d.P.R. n.445/2000 e s.m.i., con la quale si attesti:

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

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

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

d) per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese:

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

d.2) qualora i contratti superino il valore indicato all'art. 83, lettera e), del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. (attualmente pari a € 150.000,00), deve essere acquisita la documentazione antimafia, ai sensi degli artt. 84 e 85 del D. Lgs. n.159/2011 e s.m.i.; a tale proposito i soggetti di cui ai commi 1) e 2), dell'art. 85 del citato codice antimafia rilasciano dichiarazione sostitutiva sottoscritta con le modalità di cui all'articolo 38 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, 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. 231/01 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, 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.;

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 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.

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. Si intendono gravi le violazioni ostative al rilascio del documento unico di regolarità contributiva di cui all'articolo 2, comma 2, del d.l. 25 settembre 2002, n. 210, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 novembre 2002, n. 266.

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 si impegna a trasmettere 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.

5. La Regione 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, la Regione e la struttura sono tenute a sottoscrivere l'accordo/contratto entro 30 giorni dall'adozione del relativo provvedimento di budget da parte dell'Azienda.

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 e 2** 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; DURC di cui all'art. 31 del D.L. n. 69/2013, convertito dalla L. n. 98/2013; 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 giorni dal verificarsi del fatto o dell'atto, oltre a quanto previsto dagli artt. 13 e 14 del R.R. n. 2/2007 e s.m.i., ogni modificazione 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, 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 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:

soggette a rimborso

√ prestazioni di radioterapia.

Art. 6 - Durata

1. La durata del presente accordo/contratto decorre a partire dal 01/10/2017 fino al 31/12/2018, fermo restando quanto previsto al successivo art. 9.
2. Non è ammesso il rinnovo tacito.
3. Qualora alla scadenza del presente accordo/contratto la Regione non abbia ancora provveduto a proporre il nuovo accordo/contratto, il presente accordo/contratto si intenderà prorogato, agli stessi patti e condizioni, fino alla proposta di sottoscrizione del successivo accordo/contratto, fatta eccezione per la remunerazione aggiuntiva delle prestazioni di cui al successivo art. 9, comma 1, lett. a.1) – “Mobilità Alta Complessità” -, che verrà decisa e stabilita di anno in anno.
4. Resta inteso che, allo scadere del termine di cui al precedente comma 1, qualora sia rideterminato il fabbisogno da parte della Regione, nel successivo accordo/contratto verranno conseguentemente adeguati condizioni, oggetto e remunerazione pattuiti nel presente accordo/contratto, tenuto conto delle risorse finanziarie disponibili.
5. Resta inteso che, in caso di entrata in vigore della normativa sulla Rete laboratoristica, le strutture interessate dovranno sottoscrivere un nuovo contratto anche in corso d'anno.

Art. 7 - Remunerazione e Tariffe

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 D.P.C.M. 29.11.2001 e s.m.i.; 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 attivato a mezzo del presente accordo/contratto.
3. La prestazione di assistenza specialistica ambulatoriale – radioterapia, oggetto del presente accordo contrattuale è soggetta a rimborso, quindi non viene previsto alcun tetto di budget.

Si precisa che qualunque importo ulteriore è privo di copertura di bilancio per l'anno in corso e non sarà riconoscibile alla struttura; eventuali e/o ulteriori prestazioni erogate dalla struttura non saranno riconoscibili, nemmeno a titolo di indebito arricchimento.

4. Il *budget* e le tariffe rimangono invariati per tutta la durata del contratto, fatta salva l'applicazione di leggi e/o regolamenti nazionali di natura vincolante che dovessero intervenire nel corso della durata dell'accordo/contratto, nonché le ipotesi di cui agli articoli 1430 e 1431 Cod. civ.

5. 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 onnicomprensiva delle prestazioni, fatti salvi i rimborsi previsti per la somministrazione di farmaci rendicontati nel "File F", tenuto anche conto di quanto disposto dal DCA n. 70 del 3 marzo 2017.

6. 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. 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.502/92 e s.m.i., che qui deve intendersi richiamato.

7. Qualora la stipula dell'accordo/contratto intervenga ad anno solare già iniziato e nel frattempo la struttura abbia erogato prestazioni in via di fatto, in continuità con il precedente accordo/contratto prorogato ai sensi del precedente dell'art. 6, il *budget* di cui al presente accordo/contratto riassorbe comunque le prestazioni sanitarie già erogate dalla struttura sulla base del provvedimento regionale di assegnazione del budget provvisorio.

Art. 8 - Distribuzione dell'attività e governo delle liste di attesa

1. Al fine di consentire ai terzi beneficiari continuità nella fruizione delle prestazioni sanitarie, è impegno 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 deve garantire, in ogni caso, l'erogazione delle prestazioni nella misura pari ad almeno il 10% del budget nei 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 possono superare, in ogni giornata, il numero totale dei posti letto autorizzati e accreditati. Per quanto riguarda i ricoveri in DH – Day Surgery, il numero dei pazienti ricoverati non può superare, in ogni giornata lavorativa, il doppio del numero complessivo dei posti letto autorizzati e 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 o racc. a.r., 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 si impegna a mettere settimanalmente a disposizione del sistema ReCUP regionale, non appena avviato, una percentuale richiesta dalla ASL e, comunque non inferiore al 70% delle proprie agende sul totale delle prestazioni erogabili, in conformità con quanto disposto dal DCA n. 110/2017, recante il "*Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2016-2018. Aggiornamento del Piano Regionale 2013-2015 per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Criteri per l'individuazione degli ambiti di garanzia. Progetti straordinari per l'abbattimento delle liste di attesa*" 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.

9. La struttura si impegna a dotarsi, entro il 31 marzo 2018, di agende digitali di prenotazione che consentano il collegamento diretto con il sistema Recup. Tali agende digitali saranno utilizzate dal Recup per fissare visite ed esami, nonché dalla Regione per verificare le modalità di prenotazione (Recup o Cup della struttura). In caso di inadempimento, per ogni giorno di ritardo sarà applicata una penale calcolata in misura giornaliera pari all'1 per mille dell'ammontare contrattuale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (di cui al successivo art. 9, comma 1, lett. d.); tale penale non potrà comunque superare, complessivamente, il 10% di detto ammontare contrattuale. Nel caso di applicazione della penale nella misura massima del 10%, il contratto sarà risolto ai sensi del successivo art. 15, commi 1, 2 e 3.

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 € _____, 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 che erogano prestazioni per acuti nell'ambito della programmazione regionale delle attività ospedaliere per acuti, nella logica dell'integrazione pubblico-privato e della solidarietà di sistema, sono tenute a mettere a disposizione i posti letto richiesti per il ricovero di pazienti provenienti da PS/DEA nel periodo di particolare congestionamento del settore dell'emergenza ospedaliera segnalato dallo stesso PS/DEA e/o dalla relativa Direzione Sanitaria. L'attività di cui sopra si intende comunque dovuta entro il limite massimo del 20% dell'attività di ricovero (prestazioni) consentita alla struttura ed è ricompresa nei limiti massimi del budget assegnato; è fatta salva l'accettazione espressa di una percentuale maggiore da parte della struttura. Durante i periodi dei picchi influenzali, la percentuale del 20% sale al 35% su espressa richiesta della Regione, fatte salve soglie più elevate previa tempestiva intesa con le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative. Le strutture appartenenti alle "Reti tempo-dipendenti" sono comunque soggette agli accordi della relativa Rete di afferenza. Nei casi di richiesta di ricovero di pazienti dai P.S. pubblici alle strutture, queste ultime, qualora abbiano raggiunto il budget assegnato dalla Regione, sono tenute a negare la propria disponibilità al ricovero, segnalandolo per iscritto al soggetto richiedente;

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

c.1) Laboratorio Analisi: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di _____, 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 e quota fissa) di cui alla vigente normativa;

c.2) Altra Specialistica: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo della _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di _____, 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 e quota fissa) di cui alla vigente normativa;

c.3) prestazioni APA: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di _____, 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 e quota fissa) di cui alla vigente normativa;

c.4) prestazioni APA Aggiuntivi: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di _____, 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 e quota fissa) di cui alla vigente normativa;

d) 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 con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di _____;

e) 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 per il biennio _____ è pari al _____ sia sui valori finanziari delle prestazioni tariffate di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica rese in favore dei pazienti residenti nel territorio regionale ed erogate dal presidio gestito direttamente, sia sui valori finanziari delle sole prestazioni di assistenza ospedaliera rese in favore dei pazienti non residenti nel territorio regionale ed erogate nel Presidio gestito direttamente; resta inteso che l'importo sarà riconosciuto a consuntivo, calcolato sulla produzione riconoscibile dell'anno di competenza.

2. Tenuto conto di quanto chiarito sopra, la struttura prende atto e con il presente accordo/contratto

conferma di accettare, che la prestazione oggetto del presente contratto è soggetta a rimborso, quindi non viene previsto alcun tetto di budget.

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, File F, 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 requisiti di cui alla D.G.R. 14.7.2006, n. 424, come aggiornati dai Decreti del Commissario *ad acta* nn. 90/2010 e 8/2011 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. La struttura dichiara e garantisce l'adeguatezza e il perfetto stato d'uso delle apparecchiature nel tempo e si impegna a tenere a disposizione della ASL e della Regione Lazio, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e la documentazione dell'attività di manutenzione effettuata.

4. L'erogazione della prestazione sanitaria, ammessa alla remunerazione a carico del SSR, è subordinata alla richiesta compilata su Ricettario del SSN a cura del medico prescrittore, in conformità a quanto previsto dal D.M. 17 novembre 1988, n. 350, dal D.M. 17 marzo 2008, dal D.M. 2 novembre 2011 e dalle disposizioni regionali in materia, ovvero attraverso lettera di trasferimento della struttura inviata o verbale di emergenza del sanitario della struttura accettante sul quale dovranno essere specificate le seguenti indicazioni:

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

5. La struttura si impegna a svolgere le prestazioni sanitarie nel pieno rispetto del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e, in particolare, nel rispetto di quanto previsto al titolo V del decreto medesimo, rubricato: "*Trattamento di dati personali in ambito sanitario*", obbligandosi ad osservare le misure minime di sicurezza e, segnatamente, per il trattamento dei dati con strumenti elettronici, a predisporre quanto richiesto dall'art. 34 del richiamato Codice:

- a) l'autenticazione informatica;

- b) l'adozione di procedure di gestione delle credenziali di autenticazione;
- c) l'utilizzazione di un sistema di autorizzazione;
- d) l'aggiornamento periodico dell'individuazione dell'ambito del trattamento consentito ai singoli incaricati e addetti alla gestione o alla manutenzione degli strumenti elettronici – provvedendo anche alla formazione degli stessi al fine di garantire l'effettiva protezione dei dati, nonché l'efficacia delle misure minime adottate;
- e) la protezione degli strumenti elettronici e dei dati rispetto a trattamenti illeciti di dati, ad accessi non consentiti e a determinati programmi informatici;
- f) l'adozione di procedure per la custodia di copie di sicurezza, il ripristino della disponibilità dei dati e dei sistemi;
- g) l'adozione di tecniche di cifratura o di codici identificativi per determinati trattamenti di dati idonei a rivelare lo stato di salute o la vita sessuale effettuati da organismi sanitari.

6. Le strutture si impegnano ad adempiere in modo diligente e costante al proprio debito informativo, secondo i tempi e le modalità stabilite dalla normativa nazionale e regionale.

7. 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.

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 legittimamente verificare il corretto adempimento;
- b) consegnare alla ASL o alla Regione la documentazione relativa alle prestazioni sanitarie rese.

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. E' fatto salvo il periodo di conservazione prescritto per la documentazione sanitaria, secondo le modalità e i termini di cui al d.P.R. 30 settembre 1963, n. 1409, al d.P.R. 27 marzo 1969, n. 128 e alla circolare n. 61 del 19 dicembre 1986 del Ministero della Sanità e s.m.i.
6. La struttura si impegna a fornire tutta la documentazione, di cui vi è obbligo di tenuta ai sensi della vigente normativa, richiesta dalla ASL ovvero dalla Regione, onde consentire lo svolgimento di controlli, verifiche, ovvero per adempiere ad attività statistiche e/o di analisi di flussi regionali e nazionali, nonché consentire il monitoraggio continuo delle prestazioni e del numero di pazienti trattati.
7. La mancata consegna della documentazione richiesta entro il termine assegnato comporta la sospensione dei pagamenti sulle prime fatture utili, nella misura pari al valore delle prestazioni oggetto della documentazione non consegnata.
8. Di ciascun accesso e/o controllo dovrà essere redatto verbale, di cui una copia spetterà alla struttura.
9. Per tutto quanto non regolato dal presente contratto, si applica la disciplina nazionale e regionale in materia di controlli, vigente al momento dell'effettuazione dei controlli.

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 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, ovvero, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni neuropsichiatriche, terapeutiche riabilitative, socio-riabilitative, ex art. 26 L. 833/78, soggetti che esercitano l'attività di Hospice, residenze sanitarie assistenziali, centri diurni, 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, osservazione breve intensiva – OBI, specialistica ambulatoriale nell’ambito della rete di urgenza ed emergenza), 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,
- 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.),
- iii. e, ove spettante, di una **Fattura annuale** relativa alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nell’ambito della Rete di Emergenza e urgenza;

(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)*, 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, come finanziamento riconosciuto 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 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 del rimborso riconosciuto per la distribuzione dei farmaci (File F), 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.

- iv. di una **Fattura di Saldo** pari all’importo definito e comunicato dalla Direzione Salute e Politiche Sociali, calcolato:
 - ✓ sul totale dei maggiori costi sostenuti nell’anno di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per lo stesso anno, per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere di cui al comma 2 dell’art. 8 sexies del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i, ferma restando la rendicontazione dei costi sostenuti laddove previsto dalla normativa vigente;

- ✓ sul totale del finanziamento assegnato nell'anno di riferimento per le funzioni di Didattica e Ricerca di cui all'art. 7, comma 2, del D. Lgs. 517/99 e s.m.i.;
- ✓ sul totale dell'effettivo valore riconosciuto per la distribuzione diretta dei farmaci (File F) effettuata nell'anno di riferimento.

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.

3. 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.

4. 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 la tempistica prevista dalla normativa vigente in materia.

5. 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) verifica della posizione della struttura, secondo quanto disposto dal D.M. 24 ottobre 2007 e dall'art. 48-bis del DPR 602/73.

6. All'esito del procedimento di controllo sulle prestazioni sanitarie, qualora, effettuate le verifiche, emerga un saldo negativo o un importo da recuperare, la ASL, relativamente agli importi derivanti dai valori concordati, dai valori non concordati e dalle sanzioni amministrative, richiede alla struttura l'emissione delle relative note di credito, secondo i tempi e con le modalità definite nel regolamento allegato al presente accordo/contratto e parte integrante dello stesso.

7. Per i valori concordati e le relative sanzioni amministrative, la mancata emissione della nota di credito da parte della struttura entro i termini stabiliti dal regolamento costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione del presente accordo/contratto, previa formale diffida, ai sensi del successivo art. 15.

8. E' preciso dovere della struttura, in caso di discordanza sull'esito dei controlli, adoperarsi per la conclusione del procedimento; in caso contrario, la condotta non diligente verrà valutata ai fini del corretto adempimento agli obblighi contrattuali.

Art. 13 - Cessione dell'accordo/contratto

1. Il presente accordo/contratto non può essere ceduto, nemmeno in parte.

2. La cessione dell'accordo/contratto costituisce grave inadempimento ai sensi del successivo art. 15 ed è causa di risoluzione dello stesso.

Art. 14 - Cessione dei crediti

Le modalità e i termini di cessione dei Crediti derivanti dal presente accordo/contratto sono disciplinati dal regolamento allegato al presente contratto, al quale si rinvia integralmente.

Art. 15 - Risoluzione dell'accordo/contratto

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

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

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

4. Nel caso in cui l'accordo/contratto sia stato sottoscritto sotto condizione risolutiva espressa ai sensi del precedente art. 3, comma 8, qualora, a seguito delle verifiche, dovesse emergere il mancato possesso di uno o più requisiti di cui al comma 2 del precedente art. 3, il presente accordo/contratto è risolto di diritto secondo quanto disposto ai successivi commi 5 e 6.

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

- a) diniego definitivo e/o revoca dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento definitivo, ovvero di quello provvisorio;
- b) accertata definitiva carenza dei requisiti oggettivi e/o soggettivi richiesti di cui al precedente art. 3;
- c) accertata incapacità di garantire le prestazioni sanitarie per le quali la struttura è accreditata;
- d) falsità di alcuna delle dichiarazioni rese di cui al precedente art. 3, comma 2, lettere a), b), c), d), e) ed f);
- e) violazione del precedente art. 13, in materia di cessione dell'accordo/contratto;
- f) violazione del successivo art. 17, comma 3, del presente accordo/contratto.

6. Qualora si verifichino 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.

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 nella cui giurisdizione ha sede la Regione Lazio, con esclusione di ogni Foro concorrente e di qualsiasi devoluzione arbitrale.

2. La vigilanza sulla corretta interpretazione ed esecuzione del presente accordo/contratto è demandata ad un Comitato composto da tre rappresentanti della struttura e da tre rappresentanti di Parte pubblica, di cui uno con funzioni di Presidente, nominati dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria. Tale Comitato sarà istituito entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del provvedimento di adozione dello schema del presente accordo/contratto.

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 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 similari.

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.

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, _____

Per la Regione Lazio	Il Segretario Generale	Dott. Andrea Tardiola

	Il Presidente	Dott. Nicola Zingaretti

Per la struttura	Il Presidente	
	e Legale Rappresentante	Dott. Felice Barela

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) Remunerazione e Tariffe; 8) Distribuzione dell'attività e governo delle liste di attesa; 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; 16) Controversie; 17) Clausole di salvaguardia; 18) Immodificabilità dell'accordo/contratto.

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

Roma, _____

Per la Regione Lazio	Il Segretario Generale	Dott. Andrea Tardiola

	Il Presidente	Dott. Nicola Zingaretti

Per la struttura	Il Presidente	
	e Legale Rappresentante	Dott. Felice Barela

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

Art. 1 – Definizioni e allegati

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

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

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

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

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

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

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

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

“Fattura di Acconto”: indica la Fattura mensile emessa, ove spettante, dalla Parte privata in formato elettronico ai sensi della normativa vigente e gestita obbligatoriamente attraverso il Sistema Pagamenti, avente ad oggetto l’importo relativo alle **funzioni assistenziali-ospedaliere di cui al comma 2 dell’art. 8 *sexies* del D. Lgs. n.**

502/1992 e s.m.i. e/o alle funzioni di didattica e ricerca di cui al comma 2 dell'art. 7 del D. Lgs. 517/99 e s.m.i., alla distribuzione di farmaci (File F), valorizzata con un importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore previsto per l'anno di riferimento come finanziamento riconosciuto per i maggiori costi sostenuti per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere, e/o da un importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore previsto quale finanziamento per i maggiori costi sostenuti per lo svolgimento delle funzioni di didattica e di ricerca connesse ad attività assistenziali indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio, e/o da un importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di un quota percentuale del valore riconosciuto quale rimborso per la distribuzione dei farmaci (File F) indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio;

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

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

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

“Sistema Pagamenti”: il sistema informatico finalizzato alla dematerializzazione del processo e al monitoraggio dell'intero ciclo passivo delle Aziende Sanitarie, dalla fase di sottoscrizione degli accordi/contratti di budget e/o di trasmissione dell'ordine elettronico fino alla fase di chiusura contabile dei crediti, che consente, anche attraverso l'integrazione con lo SDI, la gestione delle fasi e dei dati oggetto del presente regolamento. Tale

sistema è raggiungibile dal sito della Regione Lazio, all'indirizzo internet <http://www.regione.lazio.it>, nell'Area Sanità/Crediti verso SSR.

“Data Consegna Fattura”: è la data di rilascio, da parte del Sistema di Interscambio della ricevuta di consegna, secondo quanto previsto al paragrafo 4 dell'allegato B al DM 55/2013, che rappresenta la data di riferimento per il calcolo dei termini previsti per la liquidazione/certificazione e il pagamento delle fatture immesse nel Sistema Pagamenti a seguito dall'entrata in vigore della norma che regola la Fatturazione Elettronica. Nel caso di Fornitori/ Prestatori di beni e servizi esclusi dall'applicazione della norma sulla fatturazione elettronica, indica il giorno di effettiva immissione delle fatture nel Sistema Pagamenti e, anche in questo caso, rappresenta la data di riferimento per il calcolo dei termini previsti per la liquidazione/certificazione e il pagamento delle fatture stesse.

“Liquidazione”: è la procedura amministrativa effettuata dagli uffici competenti dell'Azienda Sanitaria al fine di verificare, ai sensi della normativa vigente, la correttezza formale e sostanziale del Credito risultante dall'accertamento della conformità dei beni, dei servizi e delle prestazioni ricevuti e fatturati rispetto a quelli richiesti e ordinati, nonché la regolarità amministrativo contabile delle fatture stesse, e, nel caso delle Strutture, la conformità delle prestazioni al titolo di autorizzazione e di accreditamento, nel rispetto del limite massimo di finanziamento, a completamento delle procedure di accertamento nei termini indicati dalla Determinazione dirigenziale n. D1598 del 07 giugno 2006, dalla Determinazione dirigenziale n. D2804 del 2007 e ss.mm.ii. nonché da ogni altra disposizione nazionale e regionale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 2 – Oggetto e finalità del regolamento

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

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

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

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

2.5 Le Parti private e l'eventuale Cessionario, da un lato, e le Aziende Sanitarie, dall'altro, con la sottoscrizione del Contratto accettano pienamente il contenuto del presente regolamento, che ne forma parte integrante.

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

Art. 3 – Manifestazione di volontà e ammissibilità dei crediti

3.1 *La Parte privata, prima dell'emissione della Fattura, provvede alla propria registrazione nel Sistema Pagamenti nonché alla sottoscrizione, tramite firma digitale, di apposita dichiarazione che attesti l'avvenuta accettazione del presente regolamento.*

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

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

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

- (i) derivanti da Fatture relative a prestazioni non finanziate attraverso il Fondo Sanitario (es. fatture derivanti da prestazioni socio-assistenziali, fatture derivanti da attività socio-sanitaria di competenza dei Comuni);*

- (ii) *derivanti da Fatture relative a prestazioni di beni e servizi acquisiti a fronte di finanziamenti a destinazione vincolata e quindi non finanziate attraverso il Fondo Sanitario (es. le fatture finanziate in c/capitale, le fatture finanziate con fondi delle Aziende Sanitarie, le fatture finanziate con fondi Ministeriali, ecc.), che dovrà essere comunque gestita attraverso il Sistema Pagamenti unicamente quale strumento di trasmissione nei confronti dell'Azienda Sanitaria competente;*
- (iii) *derivanti da Fatture emesse da Farmacie che emettono anche DCR (Distinta Contabile Riepilogativa), ovvero relative a prestazioni di assistenza farmaceutica;*
- (iv) *derivanti da Fatture relative a crediti prescritti.*

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

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

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

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

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

- (D) **Per le Prestazioni erogate in regime di assistenza territoriale, ovvero, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni neuropsichiatriche, terapeutiche riabilitative, socio-riabilitative, ex art. 26 L. 833/78, soggetti che esercitano l'attività di Hospice, residenze sanitarie assistenziali, centri diurni, l'emissione di una Fattura mensile per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria, di importo pari alla**

produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per il medesimo anno di riferimento.

(E) 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, osservazione breve intensiva – OBI, specialistica ambulatoriale nell’ambito della rete di urgenza ed emergenza) l’emissione di (i) una Fattura mensile per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria, di importo pari alla produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per l’anno di riferimento, (ii) e, ove spettante, una Fattura mensile di importo pari alla produzione effettivamente erogata in relazione a specifiche tipologie di prestazioni soggette a rimborso (a titolo esemplificativo e non esaustivo, dialisi, neonato sano, radioterapia, OBI, ecc.), (iii) e, ove spettante, una Fattura annuale relativa alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nell’ambito della Rete di Emergenza e urgenza;

(F) 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), l’emissione, ove spettante, di:

- una fattura mensile (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore assegnato per l’anno di riferimento, come finanziamento riconosciuto per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere, di cui al comma 2 dell’art. 8 sexies del D.lgs. 502/1992 e s.m.i.;
- una fattura mensile (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore del finanziamento per i maggiori costi sostenuti per lo svolgimento delle funzioni di didattica e di ricerca connesse ad attività assistenziali di cui all’art. 7, comma 2, del D.lgs. 517/99 e s.m.i., indicato nell’ultimo bilancio di esercizio approvato dall’Azienda Sanitaria competente per territorio;
- una fattura mensile (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di un quota percentuale del valore del rimborso riconosciuto per la distribuzione dei farmaci (File F), indicato nell’ultimo bilancio di esercizio approvato dall’Azienda Sanitaria competente per territorio.

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

Tale Fattura potrà essere emessa dalla Struttura dall’ultimo giorno del mese a cui si riferisce l’acconto.

- una fattura (**Fattura di Saldo**), di importo pari al saldo, comunicato dalla Direzione Salute e Politiche Sociali, calcolato:

- ✓ *sul totale dei maggiori costi sostenuti nell'anno di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per lo stesso anno, per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere di cui al comma 2 dell'art. 8 sexies del D.lgs. 502/1992 e s.m.i, ferma restando la rendicontazione dei costi sostenuti laddove previsto dalla normativa vigente;*
- ✓ *sul totale del finanziamento assegnato nell'anno di riferimento per le funzioni di didattica e ricerca di cui all'art. 7, comma 2, del D.lgs. 517/99 e s.m.i.;*
- ✓ *sul totale dell'effettivo valore riconosciuto per la distribuzione diretta dei farmaci (File F) effettuata nell'anno di riferimento;*

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. Tale Fattura dovrà essere emessa dalla Struttura entro il 30 aprile dell'anno successivo alla chiusura del bilancio di esercizio di competenza, secondo i termini e le indicazioni forniti dalla Regione.

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

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

Al fine di facilitare la predisposizione della fattura elettronica nonché la liquidazione e la certificazione della stessa, è necessario indicare in ogni fattura, ove esistente, il numero e la data dell'ordine di acquisto nonché il numero e la data del Documento di Trasporto.

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

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

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

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

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

4.7 L'Azienda Sanitaria, al fine di certificare il Credito, deve inoltre verificare la posizione della Parte privata, secondo quanto disposto dal D.M. 24 ottobre 2007 e dal citato Art. 48-bis del DPR 602/73. Nel caso di Cessione del Credito, la Certificazione varrà quale accettazione della Cessione, se comunicata secondo le modalità di cui al successivo Art. 6, e l'importo certificato dovrà intendersi, eventualmente, al netto delle somme richieste da Equitalia, ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 18 gennaio 2008, n. 40, ovvero al netto delle somme oggetto di pignoramento presso terzi diversi da Equitalia.

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

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

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

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

Art. 5 – Rettifiche, recuperi e compensazioni

5.1 Nel caso di cui al precedente Art. 4. punto 4.6, qualora l'Azienda Sanitaria abbia proceduto ad un'erronea Certificazione, la stessa deve procedere alla rettifica degli importi Certificati e/o pagati erroneamente, procedendo con la compensazione sulle prime Fatture utili liquidabili ma non ancora oggetto di Certificazione, dandone debita comunicazione alla Parte privata; in mancanza di Fatture utili liquidabili, l'Azienda Sanitaria deve procedere alla richiesta di restituzione delle somme erroneamente percepite dalla Parte privata.

5.2 Qualora l'Azienda Sanitaria abbia proceduto ad un erroneo pagamento a favore della Parte privata e/o all'eventuale Cessionario, la stessa deve procedere al recupero dei relativi importi, procedendo con la compensazione sui primi pagamenti dovuti al soggetto che ha ricevuto l'erroneo pagamento, il quale riceverà debita indicazione delle fatture sulle quali è stato effettuato detto recupero, fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 6, punto 6.1.

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

5.4 All'esito del procedimento di controllo sulle prestazioni erogate, qualora, effettuate le verifiche, emerga un importo da recuperare, **l'Azienda Sanitaria**, entro 60 giorni dalla conclusione del procedimento di controllo o, in caso di controlli effettuati dalla Regione, entro 60 giorni dalla ricezione della relativa comunicazione da parte della Regione,

(i) relativamente agli importi derivanti dai valori concordati tra le parti, richiede alla Struttura, l'emissione di una nota di credito e procede al recupero applicando la compensazione con Crediti dovuti, oggetto delle prime Fatture utili emesse dalla Struttura non ancora in stato "Liquidata"; in attesa dell'emissione della nota di credito da parte della Struttura, l'Azienda Sanitaria provvede a sospendere, su Crediti dovuti,

l'erogazione di importi pari a quelli concordati, attraverso l'apposizione dello specifico motivo di blocco sulle prime fatture utili emesse dalla Struttura non ancora in stato "Liquidata";

(ii) **relativamente agli importi derivanti dai valori non concordati tra le parti**, in attesa della definizione del procedimento amministrativo di cui alla vigente normativa regionale sui controlli e/o di quello giudiziale ove promosso, provvede a sospendere, su Crediti dovuti, l'erogazione di importi pari a quelli non concordati, attraverso l'apposizione dello specifico motivo di blocco sulle prime fatture utili emesse dalla Struttura non ancora in stato "Liquidata", richiedendo la relativa Nota di Credito.

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

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

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

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

Art. 6 – Obblighi della Parte privata e/o del Cessionario

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

6.2 *In caso di mancata restituzione nei predetti termini, l'Azienda Sanitaria avrà il diritto di compensare l'importo che deve essere restituito dalla Parte privata e/o dall'eventuale Cessionario con i successivi pagamenti dovuti dall'Azienda Sanitaria ad uno di tali soggetti; qualora non sia possibile procedere alla compensazione, la Parte privata e/o l'eventuale Cessionario sono tenuti a corrispondere all'Azienda Sanitaria - ogni eccezione rimossa ed in aggiunta al ristoro di ogni spesa o costo (anche legali) sostenuti e/o danno*

eventualmente subito dall'Azienda stessa - gli interessi sull'importo da rimborsare, calcolati al tasso legale di cui all'art. 1284 c.c., maturati a decorrere dal 15° giorno successivo alla data di ricezione della richiesta di restituzione, inviata a mezzo posta elettronica certificata, sino alla data di effettivo soddisfo.

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

6.4 Nel caso in cui la Struttura, per qualsivoglia motivo, non rispetti l'obbligo di invio delle Fatture secondo la suindicata procedura, e trasmetta, invece, direttamente attraverso il Sistema di Interscambio all'Azienda Sanitaria una o più Fatture, ad esclusione delle Fatture indicate al precedente Art. 3, punto 3.3, non sarà possibile procedere alla Liquidazione/Certificazione e al pagamento delle stesse. Resta inteso che, in tal caso, non saranno dovuti gli interessi di mora.

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

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

6.7 La Parte privata, anche nel caso di invio da parte dei Fornitori/Prestatori di beni e servizi delle Fatture direttamente allo SDI, si impegna a rispettare gli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 e s.m.i., in materia di tracciabilità dei flussi finanziari, assumendo a proprio carico tutte le obbligazioni previste dal dettato normativo e dichiarando pertanto sul Sistema Pagamenti, mediante sottoscrizione con firma digitale a norma Digit PA, nella sezione a ciò dedicata, il conto o i conti correnti bancari o postali dedicati, anche non in via esclusiva, per il pagamento dei Crediti oggetto del presente regolamento, nonché ad indicare in ciascuna Fattura unicamente uno di tali conti correnti.

6.8 I Fornitori/Prestatori di beni e servizi che effettuino l'invio delle Fatture direttamente allo SDI, si obbligano ad indicare in ciascuna Fattura il conto corrente bancario o postale dedicato, anche non in via esclusiva, dichiarato sul Sistema Pagamenti come espressamente previsto nel precedente punto 6.7, nonché a

comunicare tramite il Sistema Pagamenti tutte le informazioni relative agli adempimenti e agli obblighi contenuti nel presente regolamento.

6.9 *La Parte privata si obbliga a dare evidenza, tramite il Sistema Pagamenti, di ogni intervenuta variazione/modificazione soggettiva (a titolo esemplificativo e non esaustivo, cessioni del ramo d'azienda, fusioni, incorporazioni, ecc.), ivi comprese le ipotesi disciplinate dall'art. 116 del D.lgs. n. 163/2006 e s.m.i.*

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

6.11 *La Parte privata deve riportare nell'area "Anagrafica e Contratti" del Sistema Pagamenti, gli stessi dati anagrafici e identificativi indicati nel Contratto, che deve aggiornare in caso di intervenute variazioni.*

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

Art. 7 – Cessione dei Crediti

7.1 *La Parte privata o il Cessionario può cedere, agli Istituti di Credito o Finanziari di cui alla Legge n. 52/91 e s.m.i., ovvero a soggetti terzi, i Crediti nella loro esclusiva e incondizionata titolarità, notificando all'Azienda Sanitaria l'atto di cessione e immettendo copia integrale dello stesso in formato digitale nel Sistema Pagamenti, entro 5 giorni dalla notifica della cessione.*

7.2 *Gli atti di cessione devono essere necessariamente predisposti nel rispetto delle forme previste dalla vigente normativa e la cessione deve essere notificata all'Azienda Sanitaria mediante consegna, a mezzo ufficiale giudiziario o, in alternativa (a scelta del cedente e del Cessionario), a mezzo piego raccomandato aperto, di un estratto del relativo atto di cessione, contenente l'elenco delle Fatture oggetto di cessione.*

7.3 *Gli atti di cessione devono, altresì, essere trasmessi in formato digitale, mediante l'inserimento degli stessi, nel termine di cui al precedente punto 7.1, nel Sistema Pagamenti, collegando ciascuna Fattura al relativo atto di cessione.*

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

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

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

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

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

7.9 Ai fini di una corretta identificazione del titolare del credito, l'Azienda Sanitaria che intenda rifiutare l'avvenuta cessione, deve comunicarlo al cedente e al Cessionario attraverso il Sistema Pagamenti. L'Atto di Certificazione vale quale accettazione della cessione e, come indicato al precedente art. 4, punto 4.7, l'importo certificato viene riconosciuto, eventualmente, al netto delle somme richieste da Equitalia S.p.A. ovvero oggetto di pignoramento presso terzi diversi da Equitalia.

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

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

Per la Regione Lazio

Il Segretario Generale

Dott. Andrea Tardiola

Il Presidente

Dott. Nicola Zingaretti

Per la struttura

Il Presidente e Legale Rappresentante

Dott. Felice Barela
