

Decreto del Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

DECRETO n.

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.

**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 ss. mm. ii.;
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e ss. mm. ii.;
- 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 Determinazione n. G17536 del 31 dicembre 2015 avente ad oggetto "*Delega ai sensi dell'art. 164 e 166 del R.R. n. 1/2002 al Dott. Valentino Mantini, Dirigente dell'Area "Programmazione servizi territoriali e delle attività distrettuali e dell'integrazione socio-sanitaria e umanizzazione" ad adottare gli atti indifferibili ed urgenti del Direttore della Direzione regionale Salute e Politiche Sociali*";
- la Determinazione n. G01232 del 17 febbraio 2016 avente ad oggetto "*Proroga delega ai sensi dell'art. 164 e 166 del R.R. n. 1/2002 al Dott. Valentino Mantini, Dirigente dell'Area "Programmazione servizi territoriali e delle attività distrettuali e dell'integrazione socio-sanitaria e umanizzazione" ad adottare gli atti indifferibili ed urgenti del Direttore della Direzione regionale Salute e Politiche Sociali*";
- l'Atto di Organizzazione G03680 del 13 aprile 2016 avente ad oggetto: "*Riorganizzazione delle strutture organizzative di base denominate Aree e Uffici della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, con il quale si è provveduto, tra l'altro, ad istituire, a far data dal 6 giugno 2016, in sostituzione delle aree degli uffici precedentemente esistenti, le strutture organizzative di base denominate "Aree" ed "Uffici" ivi indicate e ad individuarne le relative competenze*" e s.m.i..
- l'Atto di Organizzazione G04602 del 5 maggio 2016 avente ad oggetto: "*Modifica ed integrazione dell'Atto di Organizzazione G03680 del 13 aprile 2016 avente ad oggetto: Riorganizzazione delle strutture organizzative di base denominate Aree e Uffici della*



Direzione regionale Salute e Politiche sociali”.

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. U00052 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 norme in materia di autorizzazione e accreditamento e requisiti delle strutture private provvisoriamente e definitivamente accreditate, in particolare:

- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 e ss. mm. ii.;
- la Legge Regionale 10 agosto 2010, n. 3 e ss. mm. ii., che disciplina il processo di accreditamento istituzionale definitivo delle strutture che erogano prestazioni con onere a carico del SSR;
- il Decreto del Commissario *ad acta* n. U0090/2010, recante: *“Approvazione dei requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie - Requisiti ulteriori per l’accreditamento” Sistema informativo per le autorizzazioni e gli accreditamenti delle strutture sanitarie (SAAS) Manuale d’uso. Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell’art. 1 commi da 18 a 26 (Disposizioni per l’accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private. L.R. n. 3/2010) e s. m. i.*;
- il Decreto del Commissario *ad acta* n. 8 del 3 febbraio 2011, avente ad oggetto *“Modifica dell’Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta 90/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione testo integrato e coordinato denominato “Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie”*;
- il Decreto del Commissario *ad acta* n. U00100 del 18 giugno 2012, avente ad oggetto *“Avvio delle procedure di accreditamento istituzionale ai sensi dell’art. 8-quater, comma 7, D. Lgs. 502/92 e s.m.i. di nuovi posti residenza riservati a persone non autosufficienti, anche anziane, tipologia di trattamento di mantenimento”*;
- il Decreto del Commissario *ad acta* n. U00426/2013, avente ad oggetto *“Procedura di conferma dell’autorizzazione all’esercizio e di accreditamento istituzionale definitivo di strutture sanitarie e socio-sanitarie private. Regolamentazione conclusiva.”*;



- il decreto del Commissario *ad acta* n. U00359 del 30 ottobre 2014, avente ad oggetto “L.R. n. 4/2003 – R.R. n. 2/2007 - direttive per l’adeguamento delle procedure di conferma dell’autorizzazione dell’attività sanitaria e di accreditamento istituzionale”;
- il Decreto del Commissario *ad acta* n. U00372 del 12 novembre 2014, avente ad oggetto “L.R. n. 4/2003 – R.R. n. 2/2007 – attuazione delle disposizioni di cui al Decreto del Commissario *ad Acta* n. U00359 del 30.10.2014 concernente “Direttive per l’adeguamento delle procedure di conferma dell’autorizzazione dell’attività sanitaria e di accreditamento istituzionale”;
- il Decreto del Commissario *ad acta* n. U00412 del 26 novembre 2014, che rettifica il DCA n. U00368 del 31 ottobre 2014, avente ad oggetto “Attuazione Programmi Operativi 2013-2015 di cui al DCA n. U00247/2014. Adozione del documento tecnico inerente Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”;
- il Decreto del Commissario *ad acta* n. U00413 del 26 novembre 2014, avente ad oggetto “Attuazione delle disposizioni previste dal DCA n. U00359 del 30.10.2014 concernente “Direttive per l’adeguamento delle procedure di conferma dell’autorizzazione dell’attività sanitaria e di accreditamento istituzionale” - Atto ricognitivo delle strutture sanitarie e socio sanitarie previsto dall’art. 5, dell’allegato “1”, del DCA n. U00359/2014.”;

VISTI per quanto riguarda la disciplina di cui al D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”, 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 *quinqüies*”;
- l’art. 8 *quater*, comma 8, secondo cui, “in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le Regioni e le unità sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all’art. 8 *quinqüies*, 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 *quinqüies*, comma 2, che disciplina la stipula dei contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro associazioni rappresentative a livello regionale, che indicano, tra l’altro:
 - il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell’accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali (art. 8 *quinqüies*, comma 2, lettera d);
 - la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell’anno dei valori unitari dei tariffari regionali, per la remunerazione delle

prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d),omissis....(art. 8 *quinquies*, comma 2, lettera e- bis);

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

VISTO il DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i., recante “*Nuova definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria*” (LEA);

VISTO il Decreto Legge 6 luglio 2012 n. 95, recante “*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario*”, convertito con modificazioni con Legge 7 agosto 2012 n. 135;

VISTO il Patto per la Salute, sancito in Conferenza Stato – Regioni e P.A. 2013/2015 nel quale, all'art. 9 “*Sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie*”, è previsto “... *la revisione e l'aggiornamento del sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie*”, e “...*di istituire a tal fine una Commissione permanente.... al fine di individuare le funzioni assistenziali ed i relativi criteri di remunerazione massima, ai fini dell'applicazione dell'art. 8 sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.*”;

RILEVATO che i valori attribuiti col presente decreto sono da considerarsi livelli massimi invalicabili e immodificabili e che la distribuzione effettuata: “...*rientra nell'ambito delle scelte riservate alla discrezionalità amministrativa*”, così come riconosciuto anche dalla giurisprudenza secondo un orientamento oramai consolidato e uniforme (*ex pluribus*, Tar del Lazio, RM, sez. III *quater*, sentenza n. 423/13; nonché Consiglio di Stato, Adunanza Plenaria, n. 3/2012, secondo cui: “...*Alle Regioni è stato pertanto affidato il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti alla spesa sanitaria, in coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell'ambito di una pianificazione finanziaria. Alla stregua di detta disciplina spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per*

gruppi di istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni”);

CONSIDERATO che lo schema di accordo/contratto interviene, tra l'altro, a dare attuazione ai contenuti della proposta inerente i Programmi Operativi 2016-2018, trasmessa formalmente ai Ministeri competenti;

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

RITENUTO opportuno, altresì, disciplinare in modo ancora più preciso le ipotesi di risoluzione *ipso iure* dell'accordo/contratto, al fine di prevedere lo scioglimento del vincolo negoziale in tutti i casi in cui sia compromesso il rapporto di fiducia con l'erogatore di prestazioni sanitarie;

RIBADITO che la definizione dei budget rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento;

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

RITENUTO opportuno precisare che al fine di consentire agli aventi diritto continuità nella fruizione delle prestazioni sanitarie, sia pur nell'ottica di necessario contenimento della spesa pubblica, 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, tenendo conto delle liste d'attesa e delle priorità assistenziali stabilite con apposito atto regionale, fermo restando che le prestazioni erogate oltre il Budget (tetto massimo) non sono riconosciute con onere a carico del S.S.R.;

RITENUTO opportuno precisare, altresì, che il tetto massimo fissato dal contratto deve comunque riassorbire le Prestazioni Sanitarie già eventualmente svolte dall'Erogatore sulla base di autorizzazione regionale al budget provvisorio, commisurato mensilmente al budget definito l'anno precedente;

RAVVISATA l'opportunità di procedere alla modifica e all'integrazione del precedente schema di accordo/contratto, anche al fine di accogliere le osservazioni più volte formulate dai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, in particolare con riferimento alla clausola di salvaguardia, ritenuta legittima dalla recente ordinanza del Consiglio di Stato, sez. III, n. 5427/2014;

VISTE le note prot. n. 286479 del 06 giugno 2017 e n. 292331 del 08/06/2017 con cui – ai sensi

dell'art. 7 L. 241/90 s.m.i. –è stato comunicato l'avvio del procedimento per la revisione parziale dello schema di accordo/contratto ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. di cui DCA n. 324/2015 e n. 555/2015;

TENUTO CONTO delle osservazioni pervenute con nota prot. n. V/143 del 22/06/2017 dell'Unione degli Industriali e delle Imprese – Unindustria, acquisita con prot. n. 319422 del 22/06/2017, nota prot. n. 112-CA del 22/06/2017 dello Studio Legale Avv. Filippo Calcioli, acquisita con prot. n. 319499 del 22/06/2017 e prot. n. 159/2017 del 27/06/2017 dell'Associazione Italiana Ospedalità Privata - AIOP, acquisita con prot. n. 330013 del 28/07/2017;

RITENUTO, per tutte le motivazioni suesposte, di adottare lo schema di accordo/contratto, **allegato "A"** al presente decreto, di cui è parte integrante e sostanziale, per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le Aziende Sanitarie Locali e i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale;

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

- 1) le Aziende Sanitarie Locali, entro 30 giorni dalla comunicazione della Regione alla ASL dell'avvenuta adozione del Decreto di fissazione del livello massimo di risorse assegnabili (decreto di *Budget*), invitano formalmente i singoli soggetti erogatori a sottoscrivere gli accordi/contratti e provvedono esse stesse alla sottoscrizione, tramite il Sistema Informatico Pagamenti della Regione Lazio;
- 2) entro il termine di 15 giorni dal ricevimento dell'invito alla sottoscrizione, la struttura è tenuta a trasmettere alla ASL tutte le dichiarazioni e/o autocertificazioni di cui all'art. 3 dell'accordo/contratto, - ovvero, eventualmente, a propria scelta, la relativa documentazione in corso di validità - , nonché i dati anagrafici di tutti i soggetti ai quali è riferita la documentazione di cui sopra; la ASL, da parte sua, procede alle verifiche e ai controlli di legge, richiedendo agli Enti competenti la relativa documentazione attestante il possesso dei requisiti soggettivi in capo alla struttura (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);
- 3) decorso il termine di 30 giorni di cui al punto 1), qualora la ASL non abbia ancora acquisito dagli Enti competenti la documentazione richiesta, il presente accordo/contratto è stipulato sotto condizione risolutiva espressa e si applica l'art. 15 dell'accordo/contratto, il cui schema è allegato al presente decreto;
- 4) 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;
- 5) resta inteso che, qualora, a seguito delle verifiche, dovesse emergere il mancato possesso di uno o più requisiti di cui all' art. 3 dell'accordo/contratto, si procederà ai sensi e secondo quanto disposto all'art. 15 dell'accordo/contratto, il cui schema è allegato al presente



decreto;

- 6) la struttura si impegna, anche nel rispetto della lealtà e correttezza richiesta ad un concessionario di servizio pubblico, a comunicare, entro 30 giorni dal verificarsi del fatto o dell'atto, ogni modificazione soggettiva dovesse intervenire in capo ai propri soggetti;
- 7) per quanto riguarda i requisiti di cui agli artt. 87 e ss. del D. Lgs. n. 159/2011, all'art. 31 del D.L. n. 69/2013, convertito dalla L. n. 98/2013 e all'art. 48-*bis* del D.P.R. n. 602/1973, la ASL si impegna a conseguire periodicamente i relativi certificati presso gli Uffici competenti;
- 8) in caso di mancata sottoscrizione dell'accordo/contratto nei termini predetti per causa imputabile alla struttura, la ASL dovrà immediatamente darne notizia alla Regione e inviare alla struttura atto di diffida ad adempiere alla sottoscrizione dell'accordo/contratto, assegnando alla stessa il termine di 15 giorni dalla ricezione della diffida stessa, decorso il quale, fatto salvo il caso fortuito o la forza maggiore, la ASL sarà libera di non addivenire alla stipula, senza diritto da parte della struttura ad alcun risarcimento dei danni e fermo restando quanto previsto dall'art. 8-*quinquies*, comma 2 *quinquies*, D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- 9) Alla scadenza del termine fissato al precedente punto 8), qualora non fosse intervenuta la sottoscrizione dell'accordo/contratto, la ASL dovrà procedere:
 - a) ad inviare immediatamente alla Direzione Salute e Politiche Sociali la comunicazione della mancata sottoscrizione del accordo/contratto ai fini dell'attivazione della procedura di sospensione dell'accreditamento ai sensi dall'art. 8-*quinquies*, comma 2 *quinquies*, D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
 - b) ricevuta la comunicazione di avvio del procedimento di sospensione dell'accreditamento da parte della Regione, a diffidare la struttura a non ricoverare nuovi pazienti nonché a sospendere la procedura di liquidazione delle fatture, non ancora certificate, delle prestazioni rese, sino alla verifica definitiva della remunerazione effettivamente dovuta;

RITENUTO necessario, considerato che, per il biennio 2017-2018, saranno le ASL a provvedere all'assegnazione del budget alle strutture private accreditate che erogano prestazioni di assistenza territoriale e di assistenza specialistica ambulatoriale con onere a carico del SSR, differire il termine per la sottoscrizione dei contratti di cui al precedente punto 1), prevedendo che per tale tipologia di contratti il termine di sottoscrizione sia di 30 giorni a far data dalla pubblicazione della Delibera della ASL con la quale viene fissato il limite massimo di finanziamento alle singole strutture;

VISTA la nota prot. n. 127220 GR/11/06 del 6 marzo 2015, tenuto conto che, ai fini della verifica degli adempimenti LEA, costituisce preciso obbligo delle strutture sanitarie private e di quelle equiparate l'invio alla Regione Lazio dei dati del personale, si ribadisce che l'eventuale inadempimento a tale obbligo rappresenterà elemento di valutazione da parte della Regione in occasione dei prossimi accordi contrattuali;

CONSIDERATO che la sottoscrizione dell'accordo/contratto tra ASL/Regione e strutture private

accreditate erogatrici di prestazioni sociosanitarie rientra nel processo di dematerializzazione avviato dalla Regione Lazio;

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

RITENUTO opportuno prevedere che l'accordo/contratto venga sottoscritto mediante firma digitale a norma DigitPa attraverso le apposite funzionalità messe a disposizione delle ASL, della Regione e delle strutture private accreditate erogatrici di prestazioni sociosanitarie nella sezione dedicata all'interno del Sistema Informatico Pagamenti della Regione Lazio;

RITENUTO opportuno, per tutte le motivazioni suesposte, sostituire lo schema di accordo/contratto di cui al DCA U00324/2015 rettificato dal DCA U00555/2015, con lo schema di accordo/contratto allegato al presente decreto sotto la lettera "A" e parte integrante e sostanziale dello stesso, allo scopo di definire i rapporti giuridici ed economici tra la Regione / le Aziende Sanitarie Locali e i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie a carico del SSR;

RITENUTO opportuno prevedere che la gestione del rapporto preordinato alla sottoscrizione degli accordi con i soli Policlinici Universitari non statali, come pure la contestazione e l'eventuale risoluzione sia demandata alla Regione, la quale procederà secondo la procedura sopra indicata e sulla base del modello di accordo/contratto di cui all'allegato "A", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

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

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

STABILITO che, per quanto non regolato con il presente provvedimento, resta fermo tutto quanto disposto dal DCA n. 324/2015 e DCA n. 555/2015;

RITENUTO opportuno prevedere che la Regione Lazio, in quanto soggetto programmatore e

definitore dei tetti di spesa, acquisisca l'originale del contratto, prendendo atto delle pattuizioni in suo favore ivi contenute;

DECRETA

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

- di approvare lo schema di accordo/contratto di budget *ex art. 8 quinquies* del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., **allegato A** al presente provvedimento e parte integrante e sostanziale dello stesso, per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra la Regione/le Aziende Sanitarie Locali e i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale;
- di disporre che la gestione del rapporto preordinato alla sottoscrizione degli accordi con i Policlinici Universitari non statali, come pure la contestazione e l'eventuale risoluzione sia demandata alla Regione, secondo il modello di accordo/contratto di cui all'allegato "A", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di disporre che l'accordo/contratto venga sottoscritto mediante firma digitale a norma DigitPa attraverso le apposite funzionalità messe a disposizione delle ASL, della Regione e delle strutture private accreditate erogatrici di prestazioni sociosanitarie nella sezione dedicata all'interno del Sistema Informatico Pagamenti della Regione Lazio, includendo la "*Disciplina uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS Pubblici, dell'Azienda ARES 118 e della Fondazione Policlinico Tor Vergata – modifiche al DCA n. U00308 del 3 luglio 2015*", di cui al DCA n. 32/2017, quale parte integrante del contratto/accordo;
- di disporre che l'eventuale inadempimento, da parte delle strutture sanitarie private e di quelle equiparate, all'obbligo di invio alla Regione Lazio dei dati del personale, rappresenterà elemento di valutazione da parte della Regione in occasione dei prossimi accordi contrattuali;
- di disporre che le strutture sanitarie dovranno conferire le proprie Agende, riferite alle prestazioni accreditate, alle ASL o al Sistema RECUP, in modalità esclusiva o condivisa, nei modi e nei tempi che la Regione definirà con proprio provvedimento.

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

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

NICOLA ZINGARETTI



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

Allegato "A" al DECRETO N. 500259/2017

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

tra

ASL _____ in persona del Direttore Generale in carica (oppure, del Commissario), legale rappresentante *p.t.*, con sede in _____, Via _____ n. __, in persona _____, C.F. _____, P.I. _____ posta elettronica certificata _____ (di seguito, per brevità "ASL")

e

Società/Ente morale _____ (denominazione e ragione sociale), C.F. _____, P.I. _____ con sede in _____ via _____, che gestisce **la struttura** _____ (nome specifico struttura), codice NSIS _____ codice SIAS _____, **posta elettronica certificata**, _____ **accreditata** con i seguenti provvedimenti amministrativi

(di seguito, per brevità "la struttura")

Premesso che

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

- l'art. 8 *quater*, comma 8, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. dispone che *"In presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le Regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies, sono tenute a porre a carico del Servizio Sanitario Nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale. In caso di superamento di tale limite, ed in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'articolo 13, si procede, con le modalità di cui all'articolo 28, 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 ASL 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. La struttura _____ è titolare di autorizzazione all’esercizio e di accreditamento istituzionale, quest’ultimo rilasciato dalla Regione Lazio con provvedimento n. _____ del _____ relativamente alla struttura sita in _____, Via _____ (indicare la sede operativa)

Art. 3 - Requisiti oggettivi e soggettivi

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

essenziale e determina automaticamente la risoluzione del presente accordo/contratto, come disposto al successivo art. 15.

2. I requisiti soggettivi richiesti in capo al soggetto titolare della Società e/o della struttura devono essere comprovati attraverso la consegna alla ASL della 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 ASL e la struttura sono tenute a sottoscrivere l'accordo/contratto entro 30 giorni dalla comunicazione della Regione alla ASL dell'adozione del decreto di fissazione del livello massimo di risorse assegnabili (decreto di *budget*). Nel caso di prestazioni assistenziali per le quali la Regione fissa il livello massimo complessivo di finanziamento, demandando alle ASL l'assegnazione del budget alle singole strutture, la ASL 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 Lungodegenza medica;
- prestazioni di Laboratorio Analisi;
- prestazioni di Altra Specialistica;
- prestazioni APA;
- prestazioni APA Aggiuntivi;
- prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare;
- prestazioni rivolte a persone non autosufficienti, anche anziane:
 - Trattamento intensivo;
 - Trattamento estensivo;
 - Trattamento di mantenimento;
- prestazioni in Hospice;
- prestazioni di Riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento (ex art. 26);
- prestazioni di Assistenza Psichiatrica territoriale;
- prestazioni di Assistenza Termale;
- prestazioni erogate nei confronti di persone in stato di dipendenza o *addiction*;
- maggiori costi connessi alle attività di cui all'art. 8-*sexies*, comma 2, D. Lgs. 502/92 e s.m.i. (funzioni assistenziali);
- maggiori costi connessi alle attività di didattica e ricerca ex art. 7, comma 2, D. Lgs. n. 517/99;

soggette a rimborso

- file F;
- Prestazioni di assistenza specialistica erogate in regime di emergenza/urgenza;
- Osservazione breve intensiva (O.B.I.);

- prestazioni di dialisi;
- prestazioni di radioterapia;
- prestazioni relative al neonato sano.

Art. 6 - Durata

1. La durata del presente accordo/contratto decorre a partire dal ___/___/___ fino al ___/___/___, fermo restando quanto previsto al successivo art. 9.
2. Non è ammesso il rinnovo tacito.
3. Qualora alla scadenza del presente accordo/contratto la ASL 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 € _____ (*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 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 le prestazioni di lungodegenza medica:** 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);

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

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

_____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, 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.2) Altra Specialistica: 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, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa;

d.3) prestazioni APA: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, 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.4) prestazioni APA Aggiuntivi: 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, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa;

d.5) prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare: 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, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa;

e) per le prestazioni di RSA:

- per prestazioni di RSA, 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 € _____;

- per assistenza Intensiva, 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 € _____;

- per assistenza Estensiva Residenziale, 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 € _____;

- per assistenza Residenziale relativa ai Disturbi Cognitivo Comportamentali gravi, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

- per assistenza di Mantenimento Residenziale ad alto carico, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

- per assistenza di Mantenimento Residenziale a basso carico, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

- per assistenza di Mantenimento Semi-Residenziale ad alto carico, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

- per assistenza di Mantenimento Semi-Residenziale a basso carico, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____.

Il budget assegnato si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio e alla sola quota a carico del SSR;

f) per le prestazioni in Hospice:

- per assistenza Residenziale 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 € _____;

- per assistenza Domiciliare 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 € _____.

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

g) per le prestazioni di Riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento (ex art. 26): 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 € _____.

Il budget assegnato si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio e alla sola quota a carico del SSR;

h) per le prestazioni di Psichiatria:

- per le prestazioni di Psichiatria, 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 € _____;

- per assistenza Intensiva Territoriale, 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 € _____;

- per assistenza Riabilitativa Intensiva (SRTR i), 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 € _____;

- per assistenza Riabilitativa Estensiva (SRTR e), 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 € _____;

- per assistenza Riabilitativa Intensiva per Adolescenti, 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 € _____;

- per assistenza Riabilitativa Estensiva per Adolescenti, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

_____ al _____ è di € _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

- per assistenza Residenziale Socio-Riabilitativa ad Elevata Intensità (24h), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

- per assistenza Residenziale Socio-Riabilitativa a Media Intensità (12h), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

- per assistenza Residenziale Socio-Riabilitativa a Bassa Intensità, 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 € _____;

- per assistenza Semi-Residenziale Socio-Riabilitativa (Centro Diurno), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

- per assistenza Residenziale relativa ai Disturbi del Comportamento Alimentare (Centro Diurno), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

- per assistenza Semi-Residenziale relativa ai Disturbi del Comportamento Alimentare (Centro Diurno), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

Il budget assegnato si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio e alla sola quota a carico del SSR;

i) per le prestazioni di assistenza Termale: il Budget alla struttura dal decreto commissariale n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio ed è comprensivo delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa;

j) **per le prestazioni erogate a persone in stato di dipendenza o Addiction:** 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 € _____.

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

k) **per i maggiori costi connessi alle attività di cui all'art. 8-sexies, comma 2, D. Lgs. 502/92 e s.m.i.:** il finanziamento assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

l) **per i maggiori costi connessi all'attività di didattica e ricerca di cui all'art. 7, comma 2, D.Lgs. n. 517/99 e s.m.i.:** il finanziamento assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____.

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 _____ (_____/____), pari alla somma delle voci _____, (di seguito denominato "Tetto Massimo Annuo").

3. Resta inteso che le prestazioni soggette a rimborso non prevedono la fissazione di un budget e sono rimborsate, a seguito dei controlli di legge, in funzione delle prestazioni effettivamente erogate, tenuto conto della capacità produttiva. Per tali voci (a titolo esemplificativo e non esaustivo, dialisi, neonato sano, radioterapia, 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 delle associazioni di categoria maggiormente rappresentative delle strutture 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, _____

La ASL

La struttura

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 e 1342 del c.c., la struttura dichiara di aver preso visione ed accettare espressamente le clausole di cui agli articoli: 3) Requisiti oggettivi e soggettivi; 4) Comportamento secondo buona fede; 6) Durata; 7) 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, _____

La ASL

La struttura