

IL COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

DECRETO n.

Oggetto: definizione delle nuove procedure di pagamento per le diverse categorie di creditori delle aziende del SSR, a partire dal 1 gennaio 2018.

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

VISTI per quanto riguarda i poteri:

- la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;
- lo Statuto della Regione Lazio 11 novembre 2001, n. 1 *“Nuovo Statuto della Regione Lazio”* e ss. mm. ii.;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e 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;
- 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..*

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: *“Preso d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio...omissis... Approvazione del Piano di Rientro”;*
- l'articolo 2, commi da 67 a 105, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 ed, in particolare, il comma 88, che prevede il mantenimento della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di Rientro, secondo Programmi Operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad acta;
- la Legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013 con la quale è stato conferito al Presidente pro-tempore della Giunta della Regione Lazio, Dott. Nicola Zingaretti, l'incarico di Commissario ad Acta per la prosecuzione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Lazio, secondo i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma



IL COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i.;

- i programmi operativi per il 2016-2018, approvati con Decreto del Commissario ad acta n. U00052 del 22 febbraio 2017, a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 689 del 26 settembre 2008 e s.m.i. con la quale sono state definite nuove modalità di pagamento da parte della Regione Lazio delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi del Sistema Sanitario Regionale, mediante la sottoscrizione con le singole Aziende Sanitarie di uno specifico accordo denominato Accordo Pagamenti, ed è stato disposto al contempo l'utilizzo del Sistema Pagamenti del SSR, al fine di gestire, secondo procedure uniformi, i crediti oggetto di fatturazione e consentire la razionalizzazione della spesa sanitaria regionale, garantendo puntualità, trasparenza ed omogeneità di trattamento ai fornitori del SSR;

VISTE le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 813 del 7 novembre 2008, n. 58 del 29 gennaio 2012, n. 358 del 8 agosto 2011 e n. 51 del 17 febbraio 2012 che hanno esteso l'Accordo Pagamenti e l'utilizzo del Sistema Pagamenti del SSR alle strutture che erogano prestazioni sanitarie provvisoriamente o definitivamente accreditate con il Servizio Sanitario Regionale, al fine di consentire omogeneità di trattamento delle diverse categorie di soggetti che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00308 del 3 luglio 2015 con il quale è stata approvata la disciplina uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari Pubblici, IRCSS Pubblici e dell'Azienda ARES 118;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00523 del 5 novembre 2015 con il quale si è provveduto a prorogare la validità dell'Accordo Pagamenti fino al 31 dicembre 2017;

VISTO 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"*";

CONSIDERATO che sulla base del punto 2.6 – *Riduzione dei crediti verso Regione* - dell'allegato al DCA U0052 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"*" è stata prevista una progressiva restituzione dei pagamenti delle fatture immesse sul Sistema Pagamenti da parte delle diverse tipologie di creditori del SSR alle Aziende Sanitarie "*fermo restando che, al fine di scongiurare peggioramenti della situazione debitoria complessiva degli enti del SSR e peggioramenti degli indicatori di tempestività dei pagamenti, la Regione manterrà presso gli uffici oggi incaricati anche del pagamento, la funzione di puntuale*

IL COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

monitoraggio e controllo, utilizzando gli strumenti informatici e organizzativi, nonché le risorse umane, oggi impiegate nella funzionalità del sistema accordo pagamenti”;

VISTO il Decreto legislativo del 23 giugno 2011 n. 118 avente ad oggetto *“Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42”;*

CONSIDERATO che l’art. 22 del DLgs 118/11 prevede l’istituzione, presso le regioni che esercitano la scelta di gestire direttamente una quota del finanziamento del proprio Servizio Sanitario, di uno specifico centro di responsabilità, denominato Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) presso la Regione, deputato all’introduzione ed alla tenuta di una contabilità di tipo economico-patrimoniale atta a rilevare, in maniera sistematica e continuativa, i rapporti economici, patrimoniali e finanziari intercorrenti fra la singola Regione, lo Stato, le altre Regioni/Province autonome, le Aziende sanitarie, gli altri enti pubblici ed i terzi vari, inerenti le operazioni finanziate con risorse destinate ai rispettivi Servizi Sanitari Regionali;

VISTA la DGR 129/2012 avente ad oggetto *“Attuazione del D. Lgs 23 giugno 2011. Attivazione della gestione sanitaria accentrata presso la Regione Lazio”;*

VISTA la DGR 428/2013 avente ad oggetto *“Attuazione del D. Lgs. 23 giugno 2011, n. 118. Individuazione di un responsabile regionale temporaneo per la certificazione di cui all’art. 22, comma 3, lettera d)”;*

VISTO l’ art. 28, comma 1, lettera f) della legge regionale n. 4 del 28 giugno 2013, in merito agli ulteriori compiti del Collegio dei Revisori di Conti, così come istituito ai sensi dell’art. 14, comma 1, lettera e) del decreto legge 13 agosto 2011, n. 138;

VISTO il DM – Ministero delle Finanze del 14 giugno 2017 concernente la sperimentazione e l’avvio a regime di SIOPE + per gli enti territoriali che ha previsto, tra l’altro:

- per le Regioni, a partire dal 1° gennaio 2018, di ordinare *“gli incassi e i pagamenti al proprio tesoriere o cassiere esclusivamente attraverso ordinativi informatici emessi secondo le “Regole tecniche e standard per l'emissione dei documenti informatici relativi alla gestione dei servizi di tesoreria e di cassa degli enti del comparto pubblico attraverso il Sistema SIOPE+” emanate dall'Agenzia per l'Italia digitale (AGID) il 30 novembre 2016 e successive modifiche e integrazioni, per il tramite dell'infrastruttura della banca dati SIOPE gestita dalla Banca d'Italia nell'ambito del servizio di tesoreria statale, seguendo le “Regole tecniche per il colloquio telematico di Amministrazioni pubbliche e Tesorieri con SIOPE+” pubblicate il 10 febbraio 2017 nel sito internet del Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, dedicato alla rilevazione SIOPE, e le successive modifiche e integrazioni, impendendo di fatto, a partire dal 1° gennaio 2018, il mantenimento delle attuali modalità utilizzate per effettuare il pagamento delle fatture immesse sul Sistema Pagamenti da parte delle diverse categorie di creditori del SSR;*

IL COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

- dal 1° ottobre 2017 la disponibilità di un ambiente di collaudo delle procedure di SIOPE+, secondo le modalità Previste dalle Regole tecniche per il colloquio telematico di Amministrazioni pubbliche e Tesorieri con SIOPE +;

CONSIDERATO che le fatture emesse da parte delle diverse categorie di creditori delle aziende del SSR ed attualmente pagate attraverso il Sistema Pagamenti, sono oggetto di una preventiva attività di verifica e controllo a carattere formale da parte della Regione Lazio, a seguito della loro pubblicazione in stato “liquidato” da parte delle Aziende Sanitarie, in quanto i soli soggetti competenti, in via esclusiva, ad accertare che le prestazioni sottostanti siano state effettivamente e correttamente rese;

CONSIDERATO che tale modalità di centralizzazione e l'utilizzo del Sistema Pagamenti hanno consentito di acquisire competenze specifiche e di ottenere vantaggi in termini di omogeneità e parità di trattamento delle diverse categorie di creditori del SSR, di riduzione dei tempi di pagamento, di standardizzazione e razionalizzazione delle procedure;

RITENUTO OPPORTUNO procedere al completo trasferimento delle risorse finanziarie alle Aziende Sanitarie così come previsto al punto 2.6 Programma Operativo approvato con il DCA U00052 del 22 febbraio 2017;

RITENUTO OPPORTUNO mantenere in capo alla Regione Lazio le sole predette attività di verifica e controllo a carattere formale, mediante la sua articolazione GSA, istituita dal Dlgs 118/2011, a cui è demandato il compito di perseguire gli obiettivi di riduzione del debito sanitario, del rispetto dei tempi di pagamento e dell'omogeneità di trattamento e trasparenza delle diverse categorie di creditori del SSR, attraverso l'utilizzo e l'implementazione del Sistema Pagamenti;

RITENUTO NECESSARIO, pertanto, per il raggiungimento di quanto previsto al punto 2.6 del Programma Operativo approvato con il DCA U00052 del 22 febbraio 2017, definire un nuovo processo di pagamento di tutte le fatture elettroniche gestite sul Sistema Pagamenti che sia rispettoso di quanto previsto dal DM – Ministero delle Finanze del 14 giugno 2017 sul SIOPE +, prevedendo, al tempo stesso, il mantenimento e la implementazione delle predette verifiche formali a livello centrale per il tramite della GSA nonché il monitoraggio delle attività delle Aziende Sanitarie attraverso il Sistema Pagamenti;

RITENUTO OPPORTUNO, altresì, a seguito degli esiti del nuovo processo di pagamento valutare l'estensione di tale modalità anche ai pagamenti dell'assistenza farmaceutica convenzionata.

DECRETA

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

1. di demandare alla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali su proposta dell'Area Risorse Economico-Finanziarie l'approvazione di uno schema di convenzione da sottoscrivere tra il

IL COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Responsabile della GSA e i Direttori Generali/Commissari Strordinari delle Aziende Sanitarie che regoli, dal 1 gennaio 2018, un nuovo processo di pagamento delle diverse categorie di creditori del SSR, sulla base dei seguenti principi:

- a. le Aziende Sanitarie hanno la competenza esclusiva per attestare che il credito derivante da fatture emesse nei loro confronti sia certo, liquido ed esigibile, essendo le stesse Aziende gli unici soggetti giuridici che possono verificare la correttezza formale e sostanziale risultante dalla conformità delle prestazioni sanitarie erogate al titolo di autorizzazione e accreditamento nel rispetto della normativa vigente, e dei livelli di assorbimento dei budget assegnati alle strutture private accreditate, nonché dei beni, dei servizi e delle prestazioni ricevute e fatturate rispetto a quelle richieste e ordinate, accertando altresì la regolarità amministrativo-contabile delle fatture stesse in base alla normativa vigente;
- b. la GSA, attraverso l'utilizzo delle funzionalità e dei dati disponibili sul Sistema Pagamenti, ha il compito di effettuare verifiche formali sui crediti liquidati e certificati dalle Aziende Sanitarie, al fine di continuare a garantire una gestione efficiente, razionale e uniforme del processo in termini di tempi, modalità e costi di gestione; nello specifico, effettuerà i seguenti controlli di cui all'allegato al presente provvedimento (*Allegato 1*):
- verifica, rilevazione ed esclusione dei crediti oggetto di precedenti pagamenti non ancora "chiusi" nella contabilità delle Aziende Sanitarie;
 - verifiche sulle cessioni/retrocessioni del credito;
 - verifiche sulla correttezza dei dati bancari e rispetto della Legge 136/2010;
 - verifica della corretta contabilizzazione delle "Note di credito";
 - verifica "Accertamenti Agenzia delle Entrate – Riscossione (ex Equitalia)" per pagamenti superiori a 10.000 euro in base a quanto previsto dell'Art.48-bis del DPR 602/73;
 - aggiornamento dei dati di pagamento sulla base di comunicazioni ricevute in merito a:
 - assegnazione del credito da parte dell'autorità giudiziaria competente a fronte di un Pignoramento Presso Terzi promosso dall'Agente per la Riscossione ex Equitalia Spa o altro soggetto pignorante nei confronti dei creditori delle Aziende Sanitarie;
 - intervento sostitutivo attivato dalle Aziende Sanitarie ai sensi dell'art. 4 del DPR n. 207/2010 a seguito dell'esito negativo derivante dall'attività di verifica sulla regolarità contributiva, di cui al DM 24 ottobre 2007, condotta dalle stesse Aziende Sanitarie nei confronti dei loro creditori;
 - procedure fallimentari (R.D. del 16 Marzo 1942 e s.m.i.) che coinvolgono i creditori (in stato di insolvenza) delle Aziende Sanitarie;
- c. le Aziende Sanitarie hanno il compito di effettuare direttamente il pagamento di tutte le fatture elettroniche gestite attraverso il Sistema Pagamenti, entro 5 giorni dalla disponibilità del flusso "in pagamento" generato all'esito dei controlli formali effettuati dalla GSA, di cui al precedente punto b.;



IL COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

- d. il RUL, Referente Unico della Liquidazione, di ciascuna Aziende Sanitaria ha il compito di monitorare il rispetto delle tempistiche applicate all'interno della propria Azienda in ordine alla liquidazione e pagamento, supportando la direzione strategica ed informando la GSA in merito ad eventuali criticità rilevate;
2. di individuare nelle Aziende Sanitarie Asl Roma 2, Fondazione Policlinico Torvergata, Ares 118 le aziende pilota da coinvolgere nella la fase di sperimentazione del nuovo processo di pagamento da avviare dal 1 ottobre 2017;
3. di demandare a LazioCrea l'attività di monitoraggio della corretta implementazione dal 1 ottobre 2017 dei nuovi flussi informativi necessari per attivare il nuovo processo di pagamento, ferma restando la responsabilità di garantire l'operatività di tali flussi informativi sui sistemi gestionali aziendali da parte delle Aziende Sanitarie e sul Sistema Pagamenti da parte della stessa LazioCrea;
4. di affidare alla GSA la supervisione dell'intero processo, al fine di garantire il mantenimento dei tempi e dei vantaggi fino ad oggi ottenuti, nonché consentire il raggiungimento degli obiettivi previsti nei Programmi Operativi 2016-2018 in termini di ulteriore riduzione dei tempi di pagamento e modifica dei flussi finanziari dalla Regione alle Aziende Sanitarie secondo quanto riportato nel prospetto allegato al presente provvedimento (*Allegato 2*);
5. di aggiornare le procedure dei PAC sulla base del nuovo processo di pagamento oggetto del presente Decreto.

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





Allegato 1
Descrizione tecnica delle nuove
procedure di pagamento

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized 'M' or similar character, located at the bottom left of the page.A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M.G.', located at the bottom right of the page.

Indice

Processo

Definizioni

Fase 1 - Acquisizione dati e individuazione fatture per il pagamento

Fase 2 – Verifiche, controlli ed integrazioni dei dati individuati per il pagamento

Fase 3 - Accertamenti Agenzia delle Entrate – Riscossione (ex Equitalia)

Fase 4 – Predisposizione, caricamento e trasmissione dei dati finali per il pagamento

Fase 5 - Trasferimento risorse alle Aziende Sanitarie

Fase 6 - Prelevamento file “In Pagamento” e generazione flusso di ritorno

Fase 7 – Predisposizione ed Invio Ordinativi di Pagamento

Fase 8 – Pagamento da parte dell’Istituto Tesoriere

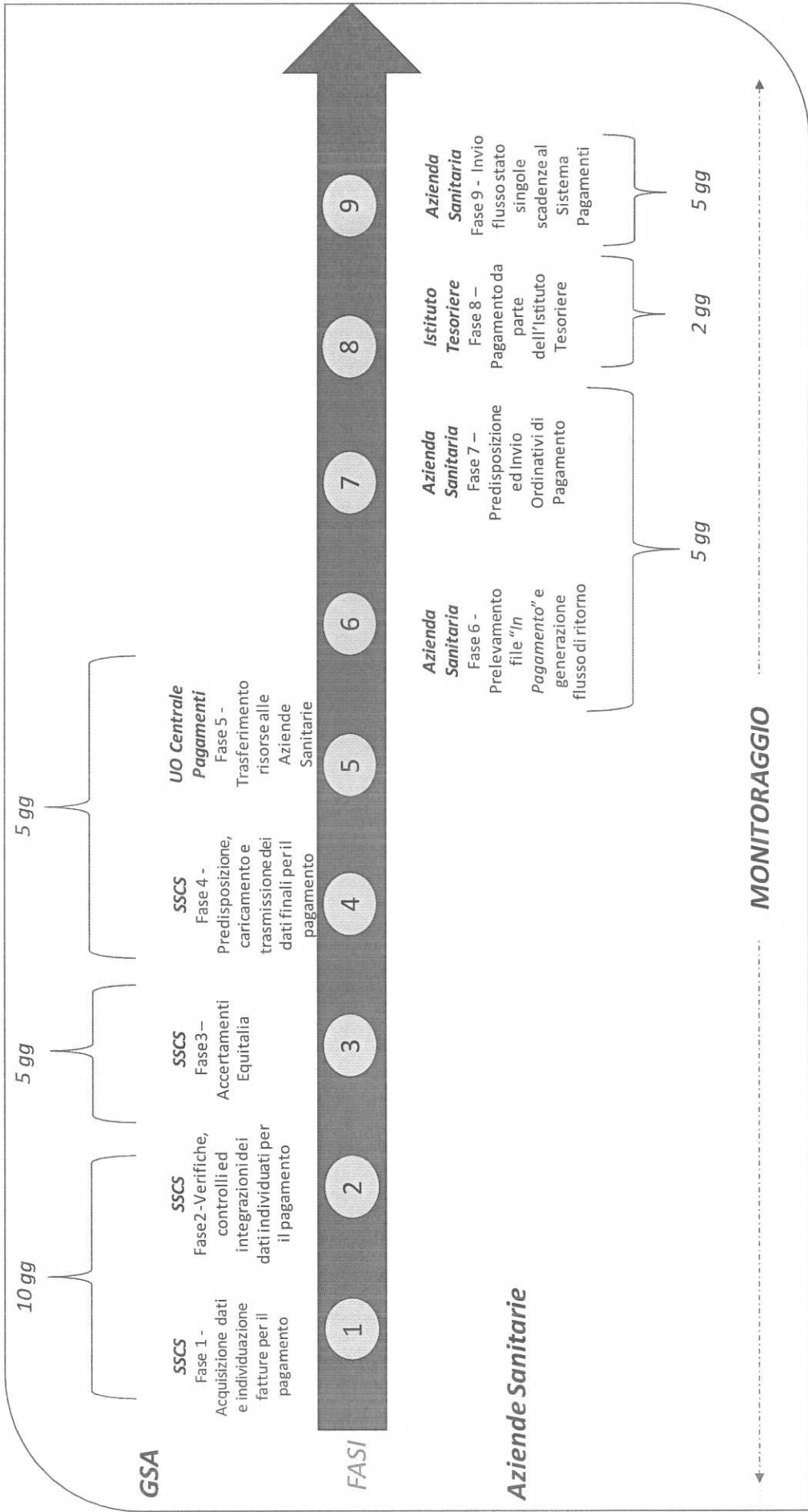
Fase 9 - Invio flusso stato singole scadenze al Sistema Pagamenti

Appendice - Stati di lavorazione - flusso





Processo



Definizioni

Sistema Pagamenti: il sistema informatico integrato con il Sistema d'Interscambio (SDI) e con i sistemi contabili aziendali, che gestisce le modalità e i dati di fatturazione e pagamento dei creditori del SSR del Lazio. Tale Sistema è finalizzato al monitoraggio e alla dematerializzazione del ciclo passivo delle Aziende Sanitarie, dalla fase di sottoscrizione degli accordi/contratti di budget (per le Strutture Private Accreditate) o di trasmissione dell'ordine elettronico (per i Fornitori di beni e servizi) fino alla fase di chiusura contabile dei crediti. Il Sistema, gestito da LazioCrea, mette a disposizione di tutti gli attori interessati (Aziende Sanitarie, Strutture Private Accreditate, Fornitori, Cessionari, Regione Lazio) le funzionalità e i dati di propria competenza per la gestione e il monitoraggio di tale processo.

Struttura di Supporto ai Crediti Sanitari (SSCS): Gruppo di lavoro, afferente all'Area Risorse Economico-Finanziarie, individuato nell'ambito della GSA, che fornisce servizi esternalizzati per la predisposizione del dato di pagamento, utilizzando le informazioni presenti sul Sistema Pagamenti ed effettuando le verifiche di carattere formale necessarie a garantire un corretto ed omogeneo pagamento. Inoltre tale gruppo di lavoro, tra gli altri, ha il compito di monitorare la corretta contabilizzazione delle fatture gestite dal Sistema Pagamenti, nonché i tempi di registrazione, liquidazione e pagamento delle stesse, ponendosi come intermediario tra le Aziende Sanitarie e i loro creditori. Tale attività viene effettuata attraverso la progettazione e l'utilizzo del Sistema Pagamenti.

UO Centrale Pagamenti: afferente all'Area Risorse economico-finanziarie deputata alla predisposizione dei mandati di pagamento per l'invio delle rimesse alle Aziende Sanitarie.

Premessa

Il presente documento ha lo scopo di illustrare sinteticamente il nuovo processo di pagamento definendo tempi e attori, indicando, nello specifico, le verifiche di carattere formale necessarie per la predisposizione di un corretto ed omogeneo dato di pagamento effettuate sulle fatture trasmesse in stato "Liquidato" dalle Aziende Sanitarie.

Tali attività di verifica saranno effettuate dalla Struttura di Supporto dei Crediti Sanitari identificata nell'ambito della GSA.

Propedeutica alla finalizzazione del processo è l'implementazione dei seguenti flussi informatici:

- a. *lato Regione (Sistema Pagamenti):* implementazione e trasmissione del flusso contenente le fatture "In pagamento" da inviare alle Aziende Sanitarie per la predisposizione dei relativi ordinativi di pagamento; acquisizione del flusso "Pagato" dai gestionali delle Aziende Sanitarie.
- b. *lato Aziende Sanitarie(sistemi gestionali aziendali):* acquisizione del flusso "In pagamento" inviato dal Sistema Pagamenti; produzione automatica e invio degli ordinativi di pagamento al Tesoriere, trasmissione del flusso di ritorno sulle fatture/scadenze pagate al Sistema Pagamenti.

Fase 1 - Acquisizione dati e individuazione fatture per il pagamento

Competenza: Struttura di Supporto ai Crediti Sanitari (SSCS)

La SSCS, in questa prima fase, individua le fatture da porre in pagamento tramite l'effettuazione delle seguenti attività:

I. Estrazione massiva dati dal Sistema Pagamenti.

La SSCS procede, i primi giorni lavorativi di ogni mese, all'estrazione massiva, dal Sistema Pagamenti, dei dati relativi alle fatture emesse dai Creditori, aggiornati sulla base delle informazioni trasmesse nel *flusso stato fatture* proveniente dai sistemi gestionali delle Aziende Sanitarie.

II. Individuazione degli importi certificati dalle Aziende Sanitarie trasmessi in stato "Liquidata" al Sistema Pagamenti.

La SSCS sulla base dei dati estratti dal Sistema Pagamenti individua gli importi totali/parziali dei documenti contabili trasmessi in stato "*Liquidata*" dalle Aziende Sanitarie competenti da porre in pagamento agli effettivi titolari del credito nonché gli importi relativi all'imposta sul valore aggiunto, addebitata in fattura dai Creditori sulle operazioni imponibili fatturate a partire dal 1 gennaio 2015, che dovranno essere versati dalle Aziende Sanitarie nelle casse dell'Erario secondo le modalità previste dalla normativa sulla "*Scissione dei pagamenti*" (L. 190/2014, D.P.R. 633/1972, D.M. del 23 gennaio 2015).

Fase 2 – Verifiche, controlli ed integrazioni dei dati individuati per il pagamento

Competenza: Struttura di Supporto ai Crediti Sanitari (SSCS)

La SSCS, al fine di garantire la correttezza e la qualità dei dati individuati nella Fase 1 da porre in pagamento, procede con le seguenti verifiche, controlli, integrazioni e aggiornamenti:

I. Rilevazione ed esclusione dei crediti liquidati non ancora "chiusi"

La SSCS procede alla rilevazione e successiva esclusione di tutti i crediti liquidati non ancora "*chiusi*" in contabilità dalle Aziende Sanitarie sebbene oggetto di precedenti pagamenti effettuati nell'ambito dell'Accordo Pagamenti/Disciplinazione Uniforme o di specifiche operazioni di pagamento centralizzato per l'estinzione del debito pregresso. Tale verifica viene effettuata attraverso un raffronto puntuale delle fatture in stato "*Liquidata*" con quelle contenute nella banca dati dei pagamenti già effettuati con il supporto della SSCS.



II. Verifiche sulle cessioni/retrocessioni del credito notificate alle Aziende Sanitarie nonché dichiarate sul Sistema Pagamenti

La SSCS, al fine di accertare la corretta titolarità dei crediti certificati per il pagamento, effettua attraverso l'utilizzo dei dati presenti sul Sistema Pagamenti i controlli di seguito riportati:

- Verifica dell'avvenuta accettazione o rifiuto, da parte delle Aziende Sanitarie, delle cessioni del credito stipulate tra i Creditori e gli Enti previdenziali (Cessioni Enti Previdenziali), ai sensi del D.L. 688/1985, notificate alle Aziende Sanitarie nonché dichiarate sul Sistema Pagamenti.
- Verifica dell'avvenuta accettazione o rifiuto, da parte delle Aziende Sanitarie, delle cessioni del credito stipulate tra i Creditori e gli istituti di credito cessionari.
- Verifica dell'avvenuta retrocessione totale/parziale da parte degli istituti di credito dei contratti di cessione del credito dichiarati sul Sistema Pagamenti dai Creditori.

In base all'esito dei suddetti controlli, la SSCS provvede ad aggiornare le informazioni necessarie all'effettuazione dei mandati di pagamento a favore degli effettivi titolari del credito.

III. Verifiche sulla correttezza dei dati bancari certificati dagli utenti del Sistema Pagamenti.

La SSCS, al fine di appurare la correttezza dei dati relativi al beneficiario del pagamento, verifica la congruità tra la ragione sociale e l'IBAN indicato in fase di fatturazione dai Creditori nonché l'utilizzo delle coordinate bancarie attestata in base alla normativa sulla tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla L. 136/2010.

In base all'esito dei suddetti controlli, la SSCS provvede ad aggiornare le informazioni necessarie all'effettuazione dei mandati di pagamento sulle corrette coordinate bancarie.

IV. Verifica della corretta contabilizzazione delle "Note di credito";

La SSCS verifica la presenza di eventuali Note di Credito trasmesse in stato "Liquidata" dalle Aziende Sanitarie competenti non legate ad una specifica fattura.

La SSCS effettua una verifica della corrispondenza tra fatture e note di credito dei campi "CIG/CUP", "Codice iban" e del regime fiscale adottato (identico o differito).

La SSCS provvede, ove possibile, a stornare gli importi relativi alle Note di credito individuate in stato "Liquidata" dalle somme poste in pagamento.

V. Analisi e integrazione dati in base alle comunicazioni trasmesse dalle Aziende Sanitarie.

La SSCS analizza le comunicazioni trasmesse dalle Aziende Sanitarie in riferimento a:

- Assegnazione del credito da parte dell'autorità giudiziaria competente a fronte di un Pignoramento Presso Terzi promosso dall'Agente per la Riscossione Equitalia Spa o altro soggetto pignorante nei confronti dei Creditori delle Aziende Sanitarie.



- Intervento sostitutivo attivato dalle Aziende Sanitarie ai sensi dell'art. 4 del DPR n. 207/2010 a seguito dell'esito negativo derivante dall'attività di verifica sulla regolarità contributiva, di cui al DM 24 ottobre 2007(DURC), condotta dalle stesse Aziende Sanitarie nei confronti dei loro Creditori.
- Procedure fallimentari (R.D. del 16 Marzo 1942 e s.m.i.) che coinvolgono i Creditori (in stato di insolvenza) delle Aziende Sanitarie.

Successivamente all'analisi delle comunicazioni trasmesse dalle Aziende Sanitarie, la SSCS procede alla rilevazione, verifica e inclusione nei pagamenti in corso di lavorazione delle fatture oggetto di tali comunicazioni al fine di dar seguito agli obblighi derivanti dalle procedure esposte sopra ovvero in fase di predisposizione dei dati per il pagamento vengono specificate le informazioni necessarie all'effettuazione del mandato di pagamento a favore dell'effettivo titolare del credito.

VI. Eventuali aggiornamenti dei dati relativi alle fatture da porre in pagamento.

La SSCS, prima di caricare i dati riferiti alle fatture da pagare sul Sistema Pagamenti, procede:

- sulla base delle eventuali notifiche pervenute dai Creditori, ad aggiornare i dati per il pagamento a seguito delle variazioni delle coordinate bancarie utilizzate in fase di fatturazione e comunicate sul Sistema Pagamenti al fine di evitare il pagamento su coordinate bancarie non più valide.
- sulla base delle eventuali richieste pervenute dalle Aziende Sanitarie, ad escludere dai pagamenti i crediti erroneamente certificati trasmessi al Sistema Pagamenti in stato "Liquidata".

VII. Caricamento dei dati da porre "In Pagamento" provvisorio sul Sistema Pagamenti

La SSCS, espletati tutti i controlli, le verifiche, le integrazioni e gli aggiornamenti sui dati individuati nella Fase 1, procede con il caricamento, sul Sistema Pagamenti, dei dati riferiti alle fatture da pagare al fine di attribuire alle stesse lo stato di "In Pagamento". Si precisa che dal momento in cui ciascuna Fattura assumerà lo stato "In Pagamento", non sarà più possibile, per i Creditori, inserire alcuna indicazione sul Sistema Pagamenti, sia in merito alla cessione di tale credito (pertanto, tale cessione non sarà opponibile all'Azienda Sanitaria), sia in merito alla variazione delle coordinate bancarie utilizzate in fase di fatturazione e comunicate sul Sistema Pagamenti.

Fase 3 - Accertamenti Agenzia delle Entrate – Riscossione (ex Equitalia)

Competenza: Struttura di Supporto ai Crediti Sanitari (SSCS)

La SSCS effettua, per conto di ciascuna Azienda Sanitaria gli accertamenti, ai sensi dell'art. 48 bis del D.P.R n. 602 del 29 settembre 2006, sull'eventuale inadempienza dei titolari delle fatture poste "In Pagamento", all'obbligo di versamento derivante dalla notifica di una o più cartelle di pagamento.

In caso di inadempienza da parte del beneficiario del pagamento, si sospende il pagamento dell'importo corrispondente all'inadempienza comunicata dall'Agenzia delle Entrate – Riscossione (ex Equitalia). La SSCS comunica alle Aziende Sanitarie di competenza l'inadempienza riscontrata, specificando le fatture per le quali

si procederà alla sospensione del pagamento e sulle quali sarà necessario apporre nei sistemi gestionali aziendali lo specifico blocco *Codice E2 - Inadempienza Equitalia* previsto dal DCAU00097 del 22/03/2017 avente ad oggetto: "Approvazione dell'Anagrafica Unica dei codici, delle causali di blocco e delle relative Linee Guida da utilizzare da parte delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS Pubblici, dell'Azienda ARES 118 e della Fondazione Policlinico Tor Vergata".

La sospensione del pagamento comporta l'eliminazione della fattura nel report "In pagamento".

Tale tipologia di verifica effettuata a livello centralizzato ha il vantaggio di evitare il blocco contestuale delle fatture da parte di più Aziende Sanitarie per la stessa inadempienza, che può causare il mancato pagamento di rilevanti somme a fronte di esigui importi di inadempienza.

Fase 4 – Predisposizione, caricamento e trasmissione dei dati finali per il pagamento

Competenza: Struttura di Supporto ai Crediti Sanitari (SSCS)

I. Ulteriori verifiche sulla titolarità del credito, sui dati relativi alle coordinate bancarie e sullo stato delle cessioni comunicate sul Sistema Pagamenti

La SSCS, a seguito dei controlli precedenti, una volta caricati i dati riferiti alle fatture da pagare, verifica, attraverso una nuova estrazione dei dati dal Sistema Pagamenti, che rispetto ai dati posti "In Pagamento" individuati nella Fase 2:

- non risulti una variazione sulla titolarità del credito a seguito dell'intervenuta cessione/retrocessione del credito comunicata sul Sistema Pagamenti;
- non risulti un rifiuto da parte dell'Azienda Sanitaria della cessione comunicata sul Sistema Pagamenti;
- non risulti una variazione delle coordinate bancarie utilizzate in fase di fatturazione e comunicate sul Sistema Pagamenti.
- non risulti una chiusura contabile degli importi precedentemente posti in stato "Liquidata" sul Sistema Pagamenti.

II. Predisposizione e Caricamento del file finale "In Pagamento"

Espletate tutte le attività di cui alle Fasi 2 e 3, la SSCS procede alla predisposizione e al caricamento su Sistema Pagamenti del file contenente tutte le fatture da porre "In pagamento" definitivo.

Il Sistema prende in carico il file XLS "In pagamento" eseguendo la fase di validazione delle righe contenute: le singole scadenze vengono visualizzate in stato "In pagamento".

III. Trasmissione del file finale "In Pagamento"

La SSCS provvede, inoltre alla predisposizione e alla trasmissione dei seguenti file:

- *alla UO Centrale Pagamenti:* file aggregato per Azienda Sanitaria necessario per la predisposizione dei mandati di pagamento delle risorse da trasferire alle singole Aziende Sanitarie.
- *alle Aziende Sanitarie per ogni "Tipologia fornitore" prevista dall'Accordo Pagamenti/Disciplina Uniforme:*

- uno o più file ("Aggregato Imponibile competenza 20xx") contenenti gli importi relativi all'imponibile delle fatture poste "In Pagamento" sul Sistema Pagamenti, raggruppati per anno competenza finanziaria fattura, beneficiario del credito e CIG/CUP indicato in fattura, che le Aziende Sanitarie dovranno corrispondere in favore dei beneficiari del credito;
- uno o più file ("Aggregato IVA competenza 20xx") contenenti gli importi relativi all'imposta sul valore aggiunto delle fatture poste "In Pagamento" sul Sistema Pagamenti, raggruppati per anno competenza finanziaria fattura, che le Aziende Sanitarie dovranno versare nelle casse dell'Erario secondo le modalità previste dalla normativa sulla "Scissione dei pagamenti" (L. 190/2014, D.P.R. 633/1972, D.M. del 23 gennaio 2015).
- un file contenente il dettaglio analitico di tutte le fatture poste "In Pagamento".

Fase 5 - Trasferimento risorse alle Aziende Sanitarie

Competenza: UO Centrale Pagamenti

L'UO Centrale Pagamenti, sulla base dei dati trasmessi dalla SCS, provvede ad effettuare le richieste di mandato per il trasferimento alle Aziende Sanitarie delle somme necessarie al pagamento dei creditori le cui fatture sono state incluse nel file "In Pagamento".

Competenza: Direzione Regionale Programmazione Economica, Bilancio, Demanio e Patrimonio

La Direzione Regionale Programmazione Economica, Bilancio, Demanio e Patrimonio effettua il pagamento delle richieste di mandato predisposte dall'UO Centrale Pagamenti e provvede al trasferimento sui conti di tesoreria delle Aziende Sanitarie delle somme necessarie al pagamento dei creditori le cui fatture sono state incluse nel file "In Pagamento".

Le Aziende Sanitarie visualizzano la disponibilità finanziarie nel conto di tesoreria entro due giorni dal trasferimento da parte della Direzione Regionale Bilancio delle relative somme.

Fase 6 - Prelevamento file "In Pagamento" e generazione flusso di ritorno

Competenza: Azienda Sanitaria

I sistemi gestionali contabili delle singole Aziende Sanitarie dovranno procedere con il prelevamento delle fatture poste "In Pagamento" tramite web service.

Il prelevamento ha come effetto il passaggio di stato della fattura/scadenza da "In Pagamento" a "In Pagamento Prelevato".

In fase di prelevamento i sistemi contabili delle Aziende Sanitarie provvedono ad effettuare in automatico le verifiche e le validazioni tecniche su tale file necessarie a generare un corretto ordinamento di pagamento. A conclusione di tale elaborazione verrà generato un flusso di ritorno con gli esiti del caricamento.

In base all'esito le singole fatture o scadenze possono assumere i seguenti stati di lavorazione:

- **"In Ordinativo di Pagamento"**: l'esito del caricamento è stato positivo, il sistema contabile dell'Azienda Sanitaria in automatico propone l'elenco di tali scadenze in "Ordinativo di Pagamento"

- **“Non Esitato”**: l’esito del caricamento non è andato a buon fine e pertanto non ha generato un ordinativo di pagamento. In tal caso l’Azienda Sanitaria ha la possibilità di intervenire per risolvere la criticità al fine di aggiornare lo stato della fattura/scadenza *“In Ordinativo”*, se tale intervento non abbia esito positivo la fattura/scadenza assumerà lo stato di *“Non Esitato Bloccante”*.
- **“Non Esitato Bloccante”**: l’esito del caricamento non è andato a buon fine e pertanto non ha generato un ordinativo di pagamento. In questo caso la criticità è di tipo *“bloccante”* e non può essere risolta con intervento dell’Azienda Sanitaria, pertanto implica la generazione ed il caricamento di un nuovo file di tipo *“In Pagamento”*.

Fase 7 – Predisposizione ed Invio Ordinativi di Pagamento

Competenza: Azienda Sanitaria

Se l’esito del caricamento è positivo, il sistema contabile dell’Azienda Sanitaria in automatico propone l’elenco delle scadenze *“In Ordinativo”*. Questo passaggio di stato ha come scopo dare evidenza agli utenti del Sistema Pagamenti dell’avvenuta operazione di disposizione di pagamento.

Nello specifico lo stato *“In Ordinativo”* implica:

- prima nota di chiusura (invio a stato a chiuso della fattura/scadenza)
- emissione della distinta di pagamento
- firma della distinta di pagamento da parte degli uffici competenti dell’Azienda Sanitaria
- successivamente alla firma della distinta, invio all’Istituto Tesoriere

Fase 8 – Pagamento da parte dell’Istituto Tesoriere

Competenza: Istituto Tesoriere dell’Azienda Sanitaria

L’Istituto Tesoriere sulla base delle distinte di pagamento ricevute, provvede ad effettuare i bonifici.

Le scadenze/fatture per le quali il bonifico è andato a buon fine passeranno in stato *“Pagato”*. Tale stato è uno stato finale al quale è associata una data valuta.

In caso di esito negativo del bonifico verrà inviato un flusso contenente le fatture/scadenze sospese, in stato *“Non Esitato Bloccante”* correlato dell’indicazione della motivazione del mancato pagamento.

Le singole Aziende Sanitarie ricevono le informazioni in merito agli esiti dei bonifici effettuati dall’Istituto tesoriere. In caso di mandato elettronico la disponibilità di tale informazioni è immediata.

Fase 9 - Invio flusso stato singole scadenze al Sistema Pagamenti

Competenza: Azienda Sanitaria

A seguito della ricezione degli esiti da parte dell’Istituto Tesoriere viene generato un flusso contenente l’indicazione dello stato finale di ogni singola fattura/scadenza contenuta nel file iniziale *“In Pagamento”*. Gli stati aggiornati saranno quindi visibili sul Sistema Pagamenti (*“Pagato”* ovvero *“Non Esitato Bloccante”*).

Appendice - Stati di lavorazione - flusso

Si riepilogano di seguito gli stati in cui è possibile visualizzare le singole scadenze a seguito di tale procedura di pagamento:

- **"In Pagamento"**: è lo stato in cui si trova una fattura/scadenza caricata via file XLS su Sistema Pagamenti da parte della SSCS.
- **"In Pagamento Prelevato"** è lo stato in cui si trova una fattura/scadenza prelevata da parte di una Azienda Sanitaria.
- **"In Ordinativo"**: è lo stato in cui si trova una fattura/scadenza per la quale è stato disposto un ordinamento di pagamento, a questa scadenza è associato numero e data di mandato.
- **"Non Esitato"**: è lo stato in cui si trova una fattura/scadenza per la quale non è stato ancora possibile, da parte dell'Azienda, predisporre un ordinamento di pagamento, a questo stato è associata una descrizione di tipo "non bloccante".
- **"Non Esitato Bloccante"**: è lo stato in cui si trova una fattura/scadenza per la quale non è stato ancora possibile, da parte dell'Azienda, predisporre un ordinamento di pagamento e/o il relativo bonifico, a questo stato è associata una descrizione di tipo "bloccante", è uno stato finale, implica il caricamento di un nuovo file di tipo "In pagamento".
- **"Pagato"**: è uno stato finale a cui è associata una data valuta.



ALLEGATO 2

TRASFERIMENTI FINANZIARI DA REGIONE LAZIO NEL 2016 *				
AZIENDA SANITARIA	TRASFERIMENTI VERSO CREDITORI SSR PER CONTO ASL		TRASFERIMENTI VERSO ASL	TOTALE
	FATTURE SISTEMA PAGAMENTI	SPESA FARMACEUTICA	QUOTA FSR	
ASL RM1	1.782	185	468	2.435
ASL RM2	804	232	513	1.549
ASL RM3	311	102	200	613
ASL RM4	114	54	131	299
ASL RM5	250	90	237	577
ASL RM6	336	100	262	698
ASL VITERBO	194	61	206	461
ASL RIETI	76	32	122	230
ASL LATINA	348	106	268	722
ASL FROSINONE	255	96	287	638
AO-SAN CAMILLO FORLANINI	143	-	238	381
AO-SAN GIOVANNI	134	-	127	261
AO-POLICLINICO UMBERTO 1*	302	-	202	504
IFO	92	-	59	151
INMI SPALLANZANI	158	-	32	190
AO-SANT ANDREA	112	-	95	207
FOND.POL. TOR VERGATA	159	-	95	254
ARES 118	66	-	103	169
TOTALE 2016	5.636	1.058	3.645	10.339

* dati a consuntivo arrotondati per eccesso al milione

TRASFERIMENTI FINANZIARI DA REGIONE LAZIO NEL 2017 **				
AZIENDA SANITARIA	TRASFERIMENTI VERSO CREDITORI SSR PER CONTO ASL		TRASFERIMENTI VERSO ASL	TOTALE
	FATTURE SISTEMA PAGAMENTI	SPESA FARMACEUTICA	QUOTA FSR	
ASL RM1	1.782	189	494	2.465
ASL RM2	603	238	743	1.584
ASL RM3	311	104	211	626
ASL RM4	114	54	138	306
ASL RM5	250	91	249	590
ASL RM6	336	101	276	713
ASL VITERBO	194	63	217	474
ASL RIETI	76	33	128	237
ASL LATINA	348	112	283	743
ASL FROSINONE	255	101	302	658
AO-SAN CAMILLO FORLANINI	143	-	250	393
AO-SAN GIOVANNI	134	-	134	268
AO-POLICLINICO UMBERTO 1*	302	-	212	514
IFO	92	-	62	154
INMI SPALLANZANI	158	-	33	191
AO-SANT ANDREA	112	-	99	211
FOND.POL. TOR VERGATA	119	-	139	258
ARES 118	50	-	126	176
TOTALE 2016	5.379	1.086	4.098	10.563

** dati stimati e arrotondati per eccesso al milione con ipotesi di trasferimento risorse dal 1/10/2017 a tre Aziende Sanitarie (ASL RM2, PTV e ARES 118) per il pagamento fatture immesse sul Sistema Pagamenti

TRASFERIMENTI FINANZIARI DA REGIONE LAZIO NEL 2018 ***				
AZIENDA SANITARIA	TRASFERIMENTI VERSO CREDITORI SSR PER CONTO ASL	TRASFERIMENTI VERSO ASL		TOTALE
	SPESA FARMACEUTICA	QUOTA FSR		
ASL RM1	189	2.276		2.465
ASL RM2	238	1.346		1.584
ASL RM3	104	522		626
ASL RM4	54	252		306
ASL RM5	91	499		590
ASL RM6	101	612		713
ASL VITERBO	63	411		474
ASL RIETI	33	204		237
ASL LATINA	112	631		743
ASL FROSINONE	101	557		658
AO-SAN CAMILLO FORLANINI	0	393		393
AO-SAN GIOVANNI	0	268		268
AO-POLICLINICO UMBERTO 1*	-	514		514
IFO	-	154		154
INMI SPALLANZANI	-	191		191
AO-SANT ANDREA	-	211		211
FOND.POL. TOR VERGATA	-	258		258
ARES 118	-	176		176
TOTALE 2016	1.086	9.477		10.563

*** dati stimati e arrotondati per eccesso al milione

tutti i dati riportati nel presente allegato sono riferiti esclusivamente a movimenti finanziari e pertanto non coincidono con i relativi impegni assunti nel medesimo esercizio finanziario