



**GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO**  
 \*\*\*\*\*

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 21/03/2008

\*\*\*\*\*

ADDI' 21/03/2008 NELLA SEDUTE DELLA REGIONE LAZIO, VIA CRISTOFORO COLOMBO 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COSI' COMPOSTA:

MARRAYZO	Pietro	Presidente	FICHERA	Daniela	Assessore
		Vice			
MONTINO	Esterino	Presidente	MANCINI	Claudio	"
ASTORRE	Bruno	Assessore	MICHELANGELI	Mario	"
BATTAGLIA	Augusto	"	NIERI	Luigi	"
COPPOLINI	Anna Salome	"	ROBANO	Giulia	"
COSTA	Silvia	"	TIBALDI	Alessandra	"
MAIA	Francesco	"	VALENTINI	Denise	"
DE ANGELIS	Francesco	"	ZARATTI	Filiberto	"
DI STEFANO	Marco	"			

ASSISTENTE AL SEGRETARIO: Domenico Antonio CUZZUPI

\*\*\*\*\* OTTISIS

ASSENTI: MANCINI - MICHELANGELI - VALENTINI

DELIBERAZIONE N. 173

Oggetto:

Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di RSA, neuropsichiatriche e di altra assistenza sanitaria territoriale dei soggetti erogatori privati accreditati per l'anno 2008. Attuazione del Piano di rientro di cui all'accordo sottoscritto ai sensi dell'art. 1 comma 189 L.311/2004; obiettivi specifici 1.1 - 2.2.





173 21 MAR. 2008 *lu*

**OGGETTO:** Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di RSA, neuropsichiatriche e di altra assistenza sanitaria territoriale dei soggetti erogatori privati accreditati per l'anno 2008. Attuazione del Piano di rientro di cui all'accordo sottoscritto ai sensi dell'art 1 comma 180 L.311/2004 : obiettivi specifici 1.1 - 2.2

## LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla Sanità e del Presidente della Regione Lazio

**VISTO** il D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria" che disciplina il sistema di finanziamento a quota capitaria da assicurare alle Regioni per garantire livelli uniformi di assistenza e introduce il sistema di finanziamento e di remunerazione a prestazione dei soggetti pubblici e privati che erogano assistenza sanitaria nonché il principio delle libertà di scelta da parte dell'assistito delle strutture eroganti;

**PRESO ATTO** del D. Lgs. 229/99 che, prevedendo norme attuative da parte del Governo Centrale e di quello regionale, ribadisce l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

**VISTA** la DGR 37 del 9/01/2001 "programma regionale per la realizzazione di strutture residenziali per malati terminali "Hospice" ai sensi dell'art. 1 legge 39 del 26/02/1999;

**VISTA** la DGR 934 del 29/06/2001 "Modificazioni ed integrazioni della DGR 2591/2000 Centri di riabilitazione convenzioni ai sensi dell'Art. 26 Legge 833/78 accreditamento sperimentale";

**VISTA** la Legge finanziaria dello Stato 2005 n. 311 del 30/12/2004;

**VISTA** la Legge finanziaria dello Stato 2006 n. 266 del 23/12/2005;

**VISTA** la Legge finanziaria dello Stato 2007 n. 296 del 27/12/2006;

**VISTA** la Legge finanziaria dello Stato 2008 n. 244 del 24/12/2007;

**VISTA** la DGR 731 del 4 agosto 2005 avente ad oggetto " Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2005. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero per l'anno e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2005. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale "

**VISTA** la DGR 143 del 22 marzo avente ad oggetto "Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2006. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero per l'anno e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2006. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale."



173 21 MAR. 2008 *ly*

**CONSIDERATO** che la Regione Lazio per aver maturato nel tempo disavanzi di gestione non ripianabili entro il 31 maggio 2006 e per aver accertato un livello di indebitamento del settore sanitario di rilevante consistenza si è trovata nella condizione di dover stipulare l'accordo previsto nell'art. 1 comma 180 della legge finanziaria dello Stato 2005 n. 311 del 30/12/2004 e di dover ottemperare a tutti gli obblighi ivi disciplinati per le Regioni in squilibrio economico finanziario;

**VISTO** l'accordo sottoscritto il 28 febbraio 2007 dal Ministero della Salute, dal Ministero dell'Economia e dal presidente della Regione Lazio per l'approvazione del Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1 comma 180 della L. 30 dicembre 2004 n. 311;

**CONSIDERATO** che gli interventi individuati dal Piano di rientro sopraccitato sono per la Regione Lazio vincolanti ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera b della legge 27 dicembre 2006 n. 296,

**VISTA** la DGR n. 149 del 06.03.2007 con la quale è stato approvato l'accordo sottoscritto in data 28.02.07 ed il piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario della Regione Lazio allo stesso allegato quale parte integrante, di prossima pubblicazione;

**ATTESO** che il predetto piano di rientro prevede obiettivi generali e specifici all'interno dei quali sono sviluppati obiettivi operativi ed interventi con l'indicazione, per ognuno di essi dei tempi e dei modi di realizzazione;

**ATTESO** che tra gli obiettivi specifici individuati nel Piano di Rientro nell'ambito degli interventi agli stessi correlati, con particolare riferimento all'obiettivo 1.3 (interventi 1.3.1.) risultano collocate le misure e le iniziative da assumere sia ai fini della riduzione della spesa sia al fine della riqualificazione dell'assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale sia ai fini di raggiungere una maggiore appropriatezza delle prestazioni sia a fine di incrementare l'offerta sia al fine di incrementare i controlli sull'attività territoriale

**CONSIDERATO** che sulla materia oggetto degli interventi e delle misure riferite agli obiettivi specifici sopra indicati sono stati assunti nel tempo provvedimenti che alla presente deliberazione devono essere ricordati e allineati con particolare riferimento:

- alla DGR 98 del 20 febbraio 2007 "Attuazione del piano di risanamento, lo sviluppo il riequilibrio e la modernizzazione della sanità del Lazio. Rimodulazione diaria giornaliera R.S.A." pubblicata sul BURL n. 12 del 30 aprile 2007 con la quale è stata rimodulata la ripartizione degli oneri della diaria giornaliera suddivisa tra quota a carico del F.S.R. nella misura del 50% e quota a carico dell'assistito nella misura del restante 50%;

**TENUTO CONTO** che, nel quadro generale di riferimento rappresentato dagli obiettivi individuati in sede di Piano di rientro, trovano la propria naturale collocazione anche gli adempimenti connessi all'attuazione della L.R. n.4/03 in materia di accreditamento istituzionale;

**VISTA**, quindi, la legge regionale 3 marzo 2003, n.4, "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio - sanitarie, di

173 21 MAR. 2008 U4

accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali", e successive modificazioni ed integrazioni nonché i relativi provvedimenti amministrativi di attuazione in materia di autorizzazione ed accreditamento istituzionale, così come di seguito riportati:

- DGR n.424 del 14 luglio 2006: "Legge regionale 3 marzo 2003 n.4 "Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie";
- RR n.2 del 27 gennaio 2007: e successive modificazioni: "Disposizioni relative alla verifica di compatibilità ed al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, in attuazione dell'articolo 5, comma 1, lett. b), della legge regionale 3 marzo 2003, n.4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali);
- DGR n.160 del 13 marzo 2007: "Stato di attuazione dei procedimenti amministrativi in materia di edilizia sanitaria e modalità e termini per l'adeguamento delle strutture e delle attività sanitarie e socio sanitarie ai requisiti autorizzativi di cui all'art.5, comma 1, lett. a), L.R. n.4/03 e successive modificazioni ed integrazioni";
- DGR n.636 del 3 agosto 2007 avente per oggetto: "Attuazione Piano di rientro ex DGR n.149/07 (intervento 1.1.4) – "Approvazione dei principi per la stesura del regolamento di accreditamento istituzionale nella Regione Lazio"; e "Requisiti ulteriori – parte generale per l'accreditamento istituzionale nella Regione Lazio";
- RR n.13 del 13 novembre 2007 avente per oggetto: "Disposizioni relative alle procedure per la richiesta ed il rilascio dell'accreditamento istituzionale, in attuazione dell'articolo 13, comma 3, della legge regionale 3 marzo 2003, n.4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali);
- DGR n.885 del 9 novembre 2007 avente per oggetto: Attuazione Piano di rientro ex deliberazione Giunta regionale n.149/07 (intervento 1.1.4). Legge regionale n.4/03 in materia di autorizzazione, accreditamento ed accordi contrattuali. Adempimenti propedeutici all'introduzione del regime di accreditamento istituzionale";

**TENUTO CONTO**, da un punto di vista procedurale, che:

- la predetta L.R. n.4/03, in particolare, ha articolato il percorso di progressiva attivazione del sistema di accreditamento istituzionale sul territorio regionale in tre distinte fasi, cronologicamente successive e logicamente coerenti, riguardanti, rispettivamente, il preventivo conseguimento, da parte del soggetto erogatore, dei requisiti minimi autorizzativi, il seguente raggiungimento degli ulteriori requisiti di qualità e la finale sottoscrizione degli accordi contrattuali;
- la competente Direzione Regionale dell'Assessorato alla Sanità si trova, al momento, impegnata nelle procedure concernenti la prima delle succitate fasi, con particolare riferimento agli adempimenti connessi alla verifica e conferma del titolo autorizzativo nei confronti dei soggetti di cui all'art.20, comma 1, della L.R. n.4/03;



173 21 MAR. 2008 MS

- i menzionati adempimenti, ai sensi dell'art.14 della L.R. n.4/03, risultano propedeutici all'avvio della seconda fase di cui sopra, relativa alle procedure riguardanti il rilascio del provvedimento di accreditamento istituzionale ai soggetti autorizzati ex art.7 della stessa legge che ne facciano richiesta;
- la succitata DGR n.885/07 ha provveduto, a tal proposito, a fissare il termine per la presentazione, da parte dei soggetti interessati, dell'istanza volta al rilascio del provvedimento di accreditamento istituzionale, secondo le modalità previste all'interno del RR n.13/07;
- i successivi adempimenti posti a carico dell'Amministrazione regionale e della Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica ai sensi degli artt.7, 8 e 9 del RR n.13/07, sono stati rinviati al preventivo rilascio in favore del soggetto istante del titolo autorizzativo, al termine dell'iter autorizzatorio di cui all'art.20, comma 1, della L.R. n.4/03, così come previsto dalla DGR n.885/07 e dalla stessa legge regionale n.4/03 all'art.14, comma 1;
- nelle more della realizzazione delle prime due fasi del percorso sopra descritto, non risulta ancora emanato il provvedimento di cui all'art.19 della L.R. n.4/03 in materia di determinazione della disciplina degli accordi contrattuali;

**PREMESSO**, inoltre, che:

- la fissazione dei limiti dei tetti di spesa costituisce oggetto di atto autoritativo di esclusiva competenza della Regione e rappresenta, quindi, un preciso ed ineludibile obbligo dettato da insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica secondo gli obiettivi fissati dal Piano di rientro ex DGR 149/2007;
- in tale contesto l'Amministrazione regionale è chiamata ad operare scelte redistributive di risorse limitate;
- nel settore sanitario, in particolare, a fronte della garanzia costituzionale del diritto alla salute, ed alla conseguente necessità che l'Amministrazione appronti un apparato organizzativo per l'erogazione delle relative prestazioni, si pone l'esigenza di disciplinare e selezionare le attività di assistenza, in ragione della limitatezza delle risorse finanziarie scaturente sia dalla rilevante complessità delle relazioni giuridiche facenti capo allo Stato sociale (in ragione della presenza di plurimi interessi pubblici tutelati, concorrenti e talora antagonisti), sia dalla necessità di orientare le politiche di spesa, tenendo conto del vincolo costituito dal parametro comunitario e, in particolare, dal c.d. patto di stabilità economica e finanziaria;

**TENUTO CONTO**, inoltre, che:

- l'esercizio delle funzioni di cui sopra trovano terreno di confronto anche con le ragioni degli imprenditori del settore, e con la garanzia costituzionale del diritto d'impresa;
- in proposito se per un verso tale garanzia implica che l'attività imprenditoriale possa esercitarsi anche nel settore delle prestazioni sanitarie (escludendo un monopolio della sanità pubblica), essa tuttavia non comporta che, nell'organizzazione delle linee di programmazione proprie della Pubblica Amministrazione, le richiamate esigenze di tutela della salute risultino recessive rispetto all'interesse imprenditoriale alla massima espansione dell'attività;
- il limite quantitativo riferito ad ogni singola struttura, in particolare, non comprime l'efficienza d'impresa, sia perché questa si misura - fisiologicamente - sulla base di parametri economici non necessariamente dipendenti dai flussi finanziari derivanti dai proventi di natura pubblica; sia perché è proprio la limitazione riferita ad ogni singola



173 21 MAR. 2008 us

struttura ad impedire la creazione di posizioni monopolistiche e a consentire l'accesso al mercato di una pluralità di soggetti operanti nel settore;

**CONSIDERATO**, a fronte di quanto sopra, che:

- la Regione Lazio, in qualità di soggetto unico programmatore e definitore dei tetti di spesa in materia sanitaria, ha ritenuto, in esecuzione degli obiettivi di cui al Piano di rientro, di procedere alla predisposizione di un modello contrattuale, da far sottoscrivere ai soggetti privati erogatori di prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale, in coerente perseguimento degli obiettivi posti dal Piano di rientro, ponendo su basi di maggiore e compiuta certezza i rapporti tra le ASL e gli erogatori privati accreditati tale da rendere uniforme e trasparente il relativo rapporto intercorrente con l'Amministrazione stessa e con l'Azienda USL, anche al fine di evitare il successivo eventuale sorgere di ipotesi di contenzioso;
- in particolare si è inteso favorire, anche attraverso un puntuale confronto volto, ove possibile, alla finale condivisione con le Associazioni di categoria del contenuto della suddetta fattispecie, la piena conoscenza da parte del soggetto aderente dei presupposti, dei limiti e delle modalità operative connesse ad una corretta erogazione delle prestazioni, in conformità con i limiti imposti dai tetti di spesa, richiedendo in tal senso il consenso e l'adesione dello stesso al sistema ed agli obiettivi di risparmio delineati dalle linee regionali di programmazione;
- la sottoscrizione del suddetto modello contrattuale rappresenta per la Regione Lazio presupposto necessario perché l'erogatore possa, nell'ambito del budget assegnato, continuare a svolgere prestazioni per conto e a carico del Servizio Sanitario Regionale;
- in ragione del rapporto fiduciario che deve legare all'erogatore all'Amministrazione pubblica, la Regione Lazio riserva, inoltre, di non procedere alla stipulazione del contratto in questione con i soggetti che tale rapporto abbiano pregiudicato, attraverso comportamenti scorretti e temerari, eccedenti la legittima difesa propri interessi, non riconducibili dunque alla mera impugnativa di atti e provvedimenti.

**EVIDENZIATO** che con siffatta operazione la Regione, nel pieno rispetto della relazione fiduciaria posta alla base dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto di accreditamento provvisorio:

- ha posto l'erogatore nella condizione di poter chiaramente ed autonomamente valutare, in via preventiva rispetto all'effettiva erogazione delle prestazioni, la relativa copertura rispetto alle risorse disponibili nel Fondo Sanitario Regionale, nel rispetto delle scelte imprenditoriali da effettuarsi nel corso del periodo di riferimento e della salvaguardia della continuità assistenziale da assicurarsi per tutta la durata di vigenza del contratto stesso;
- ha inteso avviare un percorso di omogeneizzazione delle procedure riguardanti i rapporti tra soggetti erogatori ed Aziende USL, al fine di pervenire alla progressiva eliminazione dei potenziali elementi di reciproca conflittualità;

**TENUTO CONTO** che:

- il succitato modello contrattuale, elaborato dalla competente struttura della Direzione Programmazione sanitaria politiche della Prevenzione sicurezza del lavoro, in collaborazione con la Cabina di Regia e con l'ausilio di una professionalità esterna, è stato sottoposto alla valutazione delle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative dei settori ospedaliero e ambulatoriale privato accreditato;
- dal menzionato processo di confronto e condivisione è scaturito un modello contrattuale uniforme, per lo svolgimento di prestazioni sanitarie per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale che sarà seguito, a ruota, anche dalle altre fattispecie riguardanti le ulteriori specialità assistenziali;



173 21 MAR. 2008 *lu*

**VISTA** la DGR 143 del 22 marzo 2006 avente ad oggetto: Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2006. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero per l'anno e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2006. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale.

**VISTA** la Legge finanziaria della Regione Lazio 2008 n. 26 del 28/12/2007;

**RILEVATO** che l'art. 43 della sopra citata legge regionale determina un finanziamento per le tipologie di assistenza diverse dall'assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale e riabilitativa di € 318.000.000,00;

**VISTA** la DGR 1182/99 "Deliberazione 30.12.97 n. 9155 concernente Determinazione Diaria Giornaliera per le RSA per l'anno 1998; art. 25 L.R. 1/94". Quota a carico dell'utente per tutto l'anno 1999;

**VISTA** la Determinazione n. 59/02 "Tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera e di assistenza distrettuale conversione in Euro. Revoca precedente determinazione dipartimentale 11 dicembre 2001, n. 817" pubblicata sul BURL 7/2002 alla cui pagina 32 vengono individuate in Euro le diarie giornaliere distinte per livello e per PP.LL;

**VISTA** la DGR 1458 del 8 novembre 2002 "Accordo con l'AIOP a valere per il biennio 2003-2004", in cui è peraltro stabilito l'incremento del 5% della quota a carico del SSR della retta giornaliera delle RSA;

**VISTA** la DGR 98 del 20 febbraio 2007 "Attuazione patto per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della sanità del Lazio - rimodulazione diaria giornaliera R.S.A.";

**CONSIDERATO** che la citata deliberazione stabilisce tra l'altro, in via sperimentale per tutta la durata del periodo transitorio (12 mesi), la ripartizione degli oneri della diaria giornaliera da suddividersi tra la quota direttamente a carico del Fondo sanitario regionale e la quota riservata agli assistiti con il supporto del fondo sociale per le categorie che ne usufruiscono secondo una percentuale a carico del SSR che va dal 60% al 50% in relazione al reddito annuale I.S.E.E.;

**CONSIDERATO** inoltre che alla conclusione del periodo transitorio di cui sopra gli oneri della diaria giornaliera vengono suddivisi al 50% tra il FSR e gli assistiti;

**RITENUTO** opportuno specificare che nella DGR 437/07, proprio in considerazione della fase sperimentale del provvedimento di rimodulazione della diaria giornaliera RSA, si è ritenuto opportuno, non essendo peraltro a conoscenza della casistica reddituale degli utenti di RSA, applicare per l'anno 2007 il 60% della tariffa quale percentuale a carico del SSR;

**TENUTO CONTO** che la sopraccitata DGR 98/07 fissa l'entrata in vigore della stessa dalla data di pubblicazione, avvenuta con Supplemento ordinario n. 6 al BURL n. 12 del 30.04.2007;

**TENUTO CONTO** inoltre dei posti letto comunicati dall'Area Accreditamento;

**RITENUTO** opportuno definire in questa sede i budget 2008 per singolo soggetto erogatore accreditato calcolando gli stessi sui posti letto di cui sopra, applicando sino al 30.04.2008 la



143 21 MAR. 2008 *llz*

percentuale a carico del SSR di cui alla DGR 437/07 e dal 01.05.2008 applicando la percentuale del 50% di cui alla DGR 98/07 alle medesime tariffe;

**RILEVATO** che i budget 2008 come sopra definiti sono quelli indicati per ciascun soggetto erogatore nell'allegato 1 che fa parte integrante del presente provvedimento;

**PRESO ATTO** delle strutture che in seguito all'avvenuta conclusione dell'iter di accreditamento sono prossime all'ottenimento dello stesso;

**RITENUTO** opportuno valutare in termini economici l'impatto che i nuovi accreditamenti produrranno sul costo per RSA dell'anno 2008 prevedendo l'attivazione delle nuove strutture a decorrere dal mese di giugno 2008 e applicando alle giornate di degenza sviluppabili sulla base dei P.L. da accreditare la percentuale a carico del S.S.R. nella misura del 50% delle tariffe vigenti;

**RITENUTO** inoltre opportuno prevedere l'onere derivante da procedure di riconversione in RSA ancora non completate;

**RITENUTO** pertanto di valutare in euro **6.225.575,00=** l'impatto economico dei nuovi accreditamenti e delle procedure di riconversione non completate da accantonare quale ulteriore costo per RSA 2008 così come indicato nell'allegato 1;

**RILEVATO** che per effetto dell'accantonamento di cui sopra il budget complessivo 2008 per RSA a carico del SSR. ammonta ad euro **113.604.075,00=** così come indicato nell'allegato 1 che fa parte integrante del presente provvedimento;

**RITENUTO** opportuno procedere nel corso del 2008 alla ridefinizione dei requisiti di accreditamento al fine di rapportare la diaria giornaliera delle strutture di RSA ai livelli nazionali;

**RITENUTO** di confermare per l'anno 2008, nelle more della riorganizzazione delle modalità assistenziali assicurate dalle strutture di assistenza residenziale territoriale psichiatrica, il budget complessivo delle stesse in euro **48.461.858,00=** secondo gli importi indicati nell'allegato 2 che fa parte integrante del presente provvedimento;

**PRESO ATTO** che dalla verifica dei conti economici di preconsuntivo 2007 delle ASL, i costi riferiti alle strutture residenziali Hospice sono coerenti con il budget di cui alla DGR 437/07;

**CONSIDERATO** che, con Determinazione Dirigenziale n. De 4395 del 03.12.07, la struttura Villa Silvana è stata autorizzata all'attivazione di 1 nucleo Hospice di 10 posti letto;

**RITENUTO** opportuno procedere per il budget 2008 alla conferma di quanto preventivato in sede di budget 2007 per le strutture residenziali Hospice, incrementato dell'attività di Villa Silvana presunta sulla base dei posti letto;

**RITENUTO** pertanto di definire a livello regionale il budget 2008 per le strutture assistenziali (Hospice) in euro **39 milioni**;

**TENUTO CONTO** dell'incremento dell'attività delle CTR per le dipendenze;

**VISTA** la DGR 1060 del 28 dicembre 2007, avente ad oggetto: Casa di Cura Life Hospital - revoca dell'accREDITAMENTO di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 2341 del 21 novembre 2000 - mantenimento livelli occupazionali



173 21 MAR. 2008 M

**TENUTO CONTO** quindi della chiusura della struttura Life Hospital con conseguente redistribuzione del personale in carico presso la struttura stessa il cui costo stimabile in 3 milioni di euro viene a gravare nella voce altra assistenza sanitaria;

**RITENUTO** pertanto opportuno definire il budget 2008 per l'altra assistenza sanitaria in euro **70 milioni** comprensivo degli oneri suddetti;

**TENUTO** conto che il finanziamento per la medicina dei servizi – ricompresa in tale componente economica- viene confermato come per l'anno 2007 in 25 milioni di euro;

**TENUTO** conto che il finanziamento per gli assistiti fuori regione per le tipologie assistenziali ricomprese nel livello "altre tipologie di assistenza" viene confermato come per l'anno 2007 in 17 milioni di euro;

**RITENUTO** opportuno destinare la rimanente disponibilità pari a 5,4 milioni di euro al livello di assistenza ospedaliera per acuti per il neonato sano;

**PRESO** inoltre atto che il contenuto del presente provvedimento è stato trasmesso il giorno 19 marzo 2008 in formato elettronico alle Associazioni coinvolte (ARIS e AIOP), con invito a far pervenire, entro le ore 12 del giorno 21 marzo 2008 osservazioni e/o proposte

**VISTO** l'articolo 3, comma 8, dell'Accordo sottoscritto in data 28 febbraio 2007 dal Presidente della Regione e dai Ministri della Salute e dell'Economia, il quale prevede che, in casi di "somma urgenza", la Regione, derogando all'onere della preventiva approvazione, sancito al comma 6 del medesimo articolo, può procedere direttamente all'adozione dei provvedimenti, ancorché il parere congiunto dei Ministri della Salute e dell'Economia non sia ancora pervenuto, fatta salva l'adozione di eventuali modifiche ed integrazioni che dovessero rendersi necessarie e/o opportune a seguito del recepimento del citato parere congiunto;

**CONSIDERATA** la straordinaria urgenza di dover provvedere all'adozione del presente provvedimento;

all'unanimità

## DELIBERA

1. di richiamare quanto indicato in premessa;
2. di definire per l'anno 2008 il budget per le strutture RSA in euro **113.604.075,00=** così come indicati nell'allegato 1 che fa parte integrante del presente provvedimento;
3. di confermare per l'anno 2008 per le strutture di assistenza residenziale territoriale psichiatrica il budget di cui alla DGR 437/07 pari a euro **48.461.858,00** secondo gli importi indicati nell'allegato 2 che fa parte integrante del presente provvedimento ;
4. di definire per l'anno 2008 per le strutture assistenziali (Hospice) un budget complessivo di euro **39 milioni**;



173 21 MAR. 2008 lu

5. di definire per l'anno 2008 per l'altra assistenza sanitaria un budget complessivo di euro **70 milioni** (altra assistenza residenziale psichiatrica, CTR, assistenza residenziale per altre disabilità, Alzheimer, assistenza residenziale per tossicodipendenze ed alcolisti, nonché per assistenza idrotermale)
6. di confermare il finanziamento per la medicina dei servizi in 25 milioni di euro;
7. di confermare il finanziamento per gli assistiti fuori regione per le tipologie assistenziali ricomprese nel livello "altre tipologie di assistenza" in 17 milioni di euro;
8. di destinare la rimanente disponibilità pari a 5,4 milioni di euro al livello di assistenza ospedaliera per acuti per il neonato sano;
9. di approvare la tabella di raccordo tra le varie componenti di costo di cui all'allegato 3 che fa parte integrante del presente provvedimento ;
10. di approvare il modello contrattuale così come descritto nelle premesse, che costituisce parte integrante del presente provvedimento, concernente la disciplina dello svolgimento di prestazioni sanitarie ospedaliere per acuti per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale;
11. di sospendere lo svolgimento delle prestazioni per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale da parte di quegli erogatori che, sebbene convocati, si rifiutino di procedere alla stipula del contratto predetto entro il 15.04.08, con contestuale immediata attivazione di contraddittorio con il soggetto interessato, al fine di verificare le motivazioni della mancata adesione e la sussistenza dei presupposti per la prosecuzione del rapporto di accreditamento. lu



Allegato\_2.xls



Allegato 1.xls



allegato\_3.xls



Contratto RSA -  
marzo 2008.doc

IL PRESIDENTE: F.to Pietro MARRAZZO

IL SEGRETARIO: F.to Domenico Antonio CUZZUPI

2 MAG. 2008



## BUDGET 2008 RSA

	DENOMINAZIONE SOGGETTO EROGATORE	TOTALE ONERE SSR
101	POLICLINICO ITALIA	1.380.739,39
102	VILLA LUCIA	1.288.690,10
102	VILLA TUSCOLANA	1.288.690,10
102	S. MICHELE ARCANGELO	1.449.776,36
102	MADONNA DEL DIVINO AMORE	1.150.616,16
102	ALESSANDRINO	1.265.677,78
102	APPIA FELICE	460.246,46
102	RESIDENZA MAGNOLIA	1.162.330,50
102	MENDICINI	460.246,46
102	CASTELLO DELLA QUIETE	806.125,25
103	TOTI	920.492,93
104	MERRY HOUSE	920.492,93
104	CORVIALE	1.266.371,71
104	VILLA DELLE MAGNOLIE	1.599.970,66
104	PARCO DELLE ROSE	1.736.265,55
104	VILLA MARIA IMMACOLATA	1.467.625,45
104	VILLA GIULIA	806.125,25
105	ANCELLE BUON PASTORE	2.134.053,28
105	SANTA LUCIA	1.707.242,62
105	VILLA CHIARA	1.610.862,62
105	VILLA VERDE	1.707.242,62
105	VILLA MONICA	1.380.739,39
105	DON ORIONE	1.493.837,30
106	MADONNA DEL ROSARIO	1.380.739,39
106	SANTO VOLTO	920.492,93
106	SAN LUIGI GONZAGA	2.239.575,96
106	LIVIA TIBERINA	805.431,31
106	SORATTE	1.334.714,75
106	OASI TABOR	806.125,25
106	SAN RAFFAELE TREVIGNANO	1.288.690,10
106	BELLO SGUARDO	1.223.206,26
106	LE QUERCE	828.443,64
107	CENTRO SANITA'	2.287.186,51
107	MEDICUS HOTEL MONTE RIPOLI	2.079.042,02
107	VILLA LUANA	2.421.163,20
107	GLI ANNALI	2.005.689,06
107	I.H.G.	2.421.163,20
107	RIO OASI	2.006.010,08
107	ALBERGO AURORA	1.380.739,39
108	SAN RAFFAELE VELLETRI	1.334.714,75
108	MADONNA DEL TUFO	1.707.242,62
108	VILLA DELLE QUERCE	3.228.217,60
108	VILLA NINA	1.380.739,39
108	VILLA DEI PINI	1.707.242,62
108	CASA DEGLI ANGELI CUSTODI	2.134.053,28
108	VILLA GAIA	1.610.862,62
108	LA TERESIANA	1.402.385,12
108	S. GIOVANNI DI DIO	2.219.425,17
108	MATER DEI	1.920.647,95
108	ANNI VERDI	690.369,70
109	VILLA IMMACOLATA	1.448.993,02
109	L'ASSUNTA	1.224.026,98
109	S.RITA	1.320.186,25
109	PADRE LUIGI MONTI	2.167.094,78
109	SORRENTINO	460.246,46
109	VILLA ROSA	1.550.612,19
109	GIOVANNI XXIII	1.323.555,55
109	MYSOTIS	863.309,09
109	RESIDENZA CIMINA	1.519.090,91
109	VILLA SERENA	1.550.612,19
109	VILLA BENEDETTA	805.431,31
111	VILLA SILVANA	1.707.242,62
111	VILLA CARLA	1.920.647,95
112	S. ANTONIO	863.309,09
112	S. RAFFAELE CASSINO	1.380.739,39
112	S. GERMANO	1.959.842,36
112	VILLA DEGLI ULIVI	2.421.163,20
112	S. ELISABETTA	920.492,93
112	S. MARIA	1.410.719,18
112	MADONNA DELLE GRAZIE	1.749.695,40
112	SALUS	460.246,46
112	S. CROCE	460.246,46
112	SALUS (ISOLA LIRI)	1.323.555,55
112	INI CITTA' BIANCA	2.338.465,74
	Accantonamento per nuovi accreditati da giugno 2008 più strutture che non hanno completato le procedure di riconversione	6.225.575,64
	<b>TOTALE</b>	<b>113.604.075,46</b>

ALLEG. alla DELIB. N. 173  
 DEL 21 MAR. 2008



*h. h.*



ALLEG. alla DELIB. N. 173 *ly*  
DEL 21 MAR. 2008

ALTRA ASSISTENZA\_PSICHIATRICHE"

ALLEGATO 2

ASL	SOGGETTO EROGATORE	BUDGET_2007
RMB	VILLA MENDICINI	1.473.448
RMB	CASTELLO DELLA QUIETE	1.529.220
RMD	VILLA ARMONIA NUOVA	4.831.071
RMD	VILLA GIUSEPPINA *	4.972.234
RME	SAN VALENTINO	2.679.855
RME	SAMADI	3.662.205
RME	VILLA MARIA PIA	2.381.125
RME	VILLA DEI FIORI	4.631.144
RMG	COLLE CESARANO	8.905.000
RMH	VILLA VON SIEBENTHAL	3.562.529
LATINA	SORRISO SUL MARE	6.467.319
VITERBO	VILLA ROSA	3.366.708
<b>TOTALE STRUTTURE PSICHIATRICHE</b>		<b>48.461.858</b>

*h.w.*

allegato 3

ALLEG. alla DELIB. N. 273  
DEL 21 MAR 2008

ALTRA ASSISTENZA DA PRIVATO Legge Finanziaria regionale 2008 art. 43

budget RSA	113,6
Psichiatriche	48
Hospice	39
Altra assistenza	70
Medicina dei servizi	25
Residenti Lazio assistiti fuori regione	17
Fondo destinato alla remunerazione del neonato sano	5,4
<b>TOTALE COSTI ALTRA ASSISTENZA DA PRIVATO</b>	<b>318</b>



*h.w.*



ALLEG. alla DELIB. N. 173 *lu*  
DEL 21 MAR. 2008

**Contratto per lo svolgimento di prestazioni in regime residenziale presso strutture di assistenza sanitaria (R.S.A.) per conto e a carico del Servizio Sanitario Regionale**

*A. G.*

## Contratto

tra

Azienda Sanitaria Locale \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_, Via \_\_n. \_\_\_\_, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, P.I. \_\_\_\_\_ (di seguito per brevità "ASL"), da una parte,

e

\_\_\_\_\_, (di seguito per brevità "Erogatore"), dall'altra parte,

con l'intervento della **Regione Lazio**, in persona di \_\_\_\_\_, per le finalità chiarite all'Articolo 10.


L'ASL e l'Erogatore sono di seguito congiuntamente denominati anche "Parti" o ciascuna singolarmente "Parte".

Tra le Parti si conviene e si stipula quanto in appresso.

### Premesse

- 1001  
M  
NITIV
- a) Con D.G.R. n. 149 del 6 marzo 2007, la Regione Lazio ha approvato il Piano di rientro di durata triennale (2007/2009), nel quale hanno trovato organica sistemazione tutti gli obiettivi e le misure amministrative propedeutiche al conseguimento del programmato risanamento finanziario.
  - b) In coerente perseguimento degli 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.
  - c) In esito ad un percorso negoziale che ha assicurato trasparenza ed uniformità di trattamento nei confronti dei soggetti privati, mediante il coinvolgimento delle organizzazioni di categoria rappresentative a livello regionale, con D.G.R. n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ marzo 2008, la Regione Lazio ha approvato un modello contrattuale uniforme, per la disciplina dello svolgimento di prestazioni sanitarie di residenza sanitaria assistenziale (R.S.A.) per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale.

- d) Con D.G.R. n. \_\_\_ del \_\_\_ marzo 2008, la Regione Lazio ha approvato i tetti di spesa per ogni singolo erogatore di prestazioni sanitarie, la cui determinazione rappresenta un elemento fondamentale della programmazione sanitaria a livello regionale.
- e) Il testo del presente Contratto corrisponde ad un modello uniforme, approvato dalla Regione Lazio con la predetta D.G.R. n. \_\_\_ del \_\_\_ marzo 2008.
- f) In attuazione degli indirizzi di programmazione e delle disposizioni al riguardo emanate dalla Regione Lazio ed in conformità ai modelli contrattuali approvati dalla stessa Regione Lazio, la ASL procede alla stipula di appositi contratti per la disciplina dello svolgimento da parte dei privati a ciò legittimati di prestazioni di prestazioni in regime residenziale presso strutture di assistenza sanitaria, di seguito denominate R.S.A., poste a carico del Servizio Sanitario Regionale.
- g) L'Erogatore è titolare di autorizzazione all'esercizio di prestazioni di R.S.A. presso la struttura sita in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, rilasciata dal \_\_\_\_\_ con provvedimento del \_\_\_\_\_.
- h) Con DGR \_\_\_\_\_ l'erogatore è stato accreditato provvisoriamente per n. \_\_\_\_\_ p. r. di alto/medio/basso livello assistenziale, destinati all'area della disabilità/senescenza/disagio psichico.
- i) L'Erogatore intende esercitare le prestazioni di R.S.A per le quali è stato accreditato per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale. Al tal fine, l'Erogatore dichiara:
- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / di trovarsi in stato di insolvenza ed essere pertanto sottoposto a procedura di ...;
  - che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3, L. 27.12.1956, n. 1423 e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10, L. 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006; (da verificare procedimenti penali)

- 
- di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
  - di non aver agito in malafede nell'esecuzione di prestazioni sanitarie già rese per conto ed a carico del Servizio Sanitario Nazionale.
- j) La legge regionale 28 dicembre 2007, n. 26 (legge finanziaria regionale 2008), fissa all'art. 43 per l'anno 2008 il livello massimo di finanziamento e di remunerazione del livello di assistenza per le prestazioni di R.S.A.

### **Articolo 1 Oggetto del Contratto**

1.1 Sino a concorrenza dell'importo massimo stabilito al successivo Articolo 3, la ASL affida all'Erogatore lo svolgimento delle prestazioni sanitarie di R.S.A. di cui al successivo § 1.2 a favore degli aventi diritto.

1.2 L'Erogatore si obbliga a svolgere le Prestazioni Sanitarie per tutta la durata del presente Contratto, alle condizioni, nei termini e secondo le modalità in esso stabilite.

### **Articolo 2 Condizioni per l'erogazione delle Prestazioni Sanitarie**

2.1 L'Erogatore dichiara che per la Struttura è stata presentata domanda di autorizzazione all'esercizio ai sensi e nei tempi previsti dal R.R. n. 2/2007 e con D.G.R. 13 marzo 2007, n. 160, come previsto dall'art. 20, comma 1, L.R. 4/03, allegando alla domanda tutti i documenti richiesti. L'elenco della documentazione presentata, predisposto dall'Erogatore viene allegato al presente Contratto sub n. 1. L'Erogatore dichiara che la predetta domanda di autorizzazione all'esercizio *prevede/non prevede* per la Struttura tempi di adeguamento, e di *avere / non avere* avviato l'adeguamento.

2.2 L'Erogatore dichiara di possedere alla data odierna tutti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi necessari per l'esercizio in essa delle Prestazioni Sanitarie e garantisce la permanenza di detti requisiti per tutta la durata del presente Contratto. Ferma la possibilità dell'Erogatore medesimo di usufruire dei tempi di adeguamento di cui all'art. 20, comma 3, L.R. n. 4/2003, l'Erogatore stesso si impegna, altresì, ad acquisire i requisiti di cui

alla D.G.R. n. 424/2006. L'Erogatore si impegna altresì ad acquisire i requisiti ulteriori di cui alla D.G.R. n. 636 del 3 agosto 2007.

2.3 Su richiesta della ASL o della Regione Lazio, l'Erogatore fornirà alla ASL ogni ulteriore eventuale documento, che non sia già in possesso dell'amministrazione richiedente, comprovante il possesso dei requisiti predetti ed il loro mantenimento per tutta la durata del presente Contratto.

### **Articolo 3 Volume di prestazioni erogabili**

3.1 Tenuto conto di quanto chiarito nelle premesse, l'Erogatore ha preso atto e con il presente Contratto conferma di accettare quale tetto massimo annuo 2008 delle Prestazioni Sanitarie da erogare per conto ed a carico del Servizio Sanitario Nazionale (di seguito denominato "Tetto Massimo Annuo") l'importo di Euro \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ). Per l'effetto, tenuto conto delle Prestazioni Sanitarie già svolte dall'Erogatore nei mesi di gennaio e febbraio 2008, si conviene quale tetto massimo del fatturato oggetto del presente Contratto (di seguito "Tetto Massimo del Fatturato") l'importo che residuerà sottraendo al Tetto Massimo Annuo l'importo occorrente per la remunerazione delle Prestazioni Sanitarie erogate nei mesi di gennaio e febbraio 2008. Il Tetto Massimo del Fatturato costituisce la somma dei corrispettivi spettanti all'Erogatore e determinati ai sensi dell'Articolo 7, § 7.1.

### **Articolo 4 Requisiti e modalità di erogazione delle Prestazioni Sanitarie**

4.1 Le Prestazioni Sanitarie dovranno essere erogate nella piena osservanza delle applicabili disposizioni normative e regolamentari, nazionali e regionali in materia avuto anche riguardo al successivo adeguamento ai requisiti di cui alla D.G.R. 14.7.2006, n. 424, e alla D.G.R. 3.8.2007, n. 636, fatti salvi i tempi di adeguamento di cui all'art. 20, comma 3, L.R. n. 4/2003.

4.2 Le Prestazioni Sanitarie dovranno essere rese nel rispetto dei requisiti di qualità e appropriatezza imposti dalla buona pratica professionale.

4.3 L'Erogatore non dovrà adottare comportamenti discriminatori fra gli aventi diritto alle Prestazioni Sanitarie.

**Articolo 5**  
**Personale della Struttura**

5.1 L'Erogatore garantisce che le Prestazioni Sanitarie verranno erogate impiegando personale medico, paramedico e tecnico in possesso dei titoli abilitanti e che non versino in situazioni di incompatibilità.

5.2 Il personale del ruolo sanitario, tecnico e amministrativo attualmente utilizzato dall'Erogatore è individuato nell'elenco costituente l'Allegato n. 2. Ogni modificazione di tale elenco sarà preventivamente comunicata alla ASL.

**Articolo 6**  
**Controlli e obblighi informativi dell'Erogatore**

6.1 Al fine di verificare che le prestazioni siano rese conformemente alle applicabili prescrizioni di legge e nel rispetto del Contratto, la ASL e la Regione Lazio potranno in qualunque momento dare corso ad ogni forma di verifica e controllo delle prestazioni erogate, con modalità che non siano d'ostacolo all'ordinario svolgimento delle attività sanitarie dell'Erogatore e con preavviso di almeno 24 (ventiquattro) ore. Nelle occasioni di verifica, che si svolgeranno alla presenza del responsabile dell'Erogatore (che in caso di impedimento dovrà delegare la relativa funzione), l'Erogatore potrà farsi assistere da consulenti e da rappresentanti della propria associazione di categoria rappresentativa delle strutture private accreditate. A tal fine, l'Erogatore si impegna:

- (i) a conservare la documentazione relativa alle Prestazioni di Ricovero rese, in funzione della sua successiva consegna alla ASL.

**Articolo 7**  
**Corrispettivi**

7.1 Per ciascuna Prestazione Sanitaria resa nel rispetto della normativa applicabile e del presente Contratto, la ASL sarà obbligata a corrispondere all'Erogatore un importo calcolato facendo applicazione della tariffa indicata nella D.G.R. n. \_\_\_\_\_, del \_\_\_\_\_ 2008 secondo le modalità di compartecipazione alla spesa di cui alla D.G.R. n. 98 /07

7.2 Il corrispettivo così stabilito è onnicomprensivo e remunerativo di ogni onere, costo e spesa che l'Erogatore dovrà sostenere per l'esercizio delle Prestazioni Sanitarie.

7.3 Resta espressamente convenuto che il pagamento dei corrispettivi per le Prestazioni Sanitarie sarà sospeso \_\_\_\_\_.

#### Articolo 8

##### Modalità di liquidazione e termini per il pagamento dei corrispettivi

8.1 ...

8.2 ...

8.3 ...

#### Articolo 9

##### Decorrenza e durata

Il presente contratto decorre dal \_\_\_\_\_ 2008 ed avrà durata sino all'ultimo giorno del mese successivo alla approvazione da parte della Regione Lazio dei tetti di spesa relativi all'anno 2009 per ogni singolo erogatore di Prestazioni Sanitarie.

#### Articolo 10

##### Intervento della Regione Lazio

10.1 La Regione Lazio, in quanto soggetto programmatore e definitore dei tetti di spesa, interviene nel presente Contratto al fine di garantire l'uniformità delle condizioni applicate a ciascuno erogatore e dunque prende atto che il testo stipulato è conforme al modello contrattuale da essa approvato con D.G.R. n. \_\_\_ del \_\_\_\_\_ marzo 2008.

10.2 La Regione Lazio interviene inoltre nel presente Contratto per rendere irrevocabili le pattuizioni a suo favore convenute nel medesimo.

**Articolo 11**  
**Incedibilità del Contratto**

Il presente Contratto non potrà essere ceduto in tutto o in parte.

**Articolo 12**  
**Cessione dei crediti**

12.1 Nel caso di cessione, a qualsiasi titolo, dei crediti dell'Erogatore derivanti dal presente Contratto, l'Erogatore medesimo dovrà farne notifica alla ASL.

12.2 Salvo diversa comunicazione della ASL, per gli effetti di cui all'art. 1248 c.c., la cessione non potrà in ogni caso, ivi compreso il silenzio della ASL, intendersi come accettata puramente e semplicemente.

**Articolo 13**  
**Risoluzione per grave inadempimento**

13.1 Fermo ogni altro rimedio e sanzione previsto nel Contratto e nella normativa applicabile, il presente Contratto si intenderà risolto, su dichiarazione della Regione Lazio, ed in osservanza della procedura di cui in appresso, qualora intervenga uno o più delle ipotesi di seguito indicate che configuri grave inadempimento dell'Erogatore:

- (i) falsità di alcuna delle dichiarazioni rese all'Articolo 2, § 2.1, del presente Contratto;
- (ii) mancanza o venir meno di alcuno dei requisiti indicati all'Articolo 2 del Contratto;
- (iii) violazione del divieto di discriminazione di cui all'Articolo 4, § 4.3;
- (iv) impedimento al controllo esercitato da ASL o Regione Lazio ai sensi dell'Articolo 6;
- (v) inosservanza degli obblighi di trasmissione dei dati di cui all'Articolo 6;
- (vi) inosservanza dell'obbligo di conservazione dei documenti di cui

all'Articolo 6, § 6.1, punto (i);

(vii) violazione dell'Articolo 11.

13.2 Qualora la ASL ravvisi circostanze costituenti grave inadempimento al presente Contratto, ne farà contestazione all'Erogatore, concedendo termine di 15 (quindici) giorni al medesimo per la produzione di documentazione e deduzioni scritte a eventuale confutazione del grave inadempimento. Trascorso tale termine, la ASL invierà la propria contestazione e le eventuali deduzioni scritte fatte pervenire dall'Erogatore, con la relativa documentazione, alla Regione Lazio, la quale potrà dunque procedere ai sensi del precedente § 13.1 ovvero, in relazione alla minore entità della violazione, diffidare l'Erogatore alla regolarizzazione, assegnando al medesimo un termine congruo per provvedere.

13.3 Resta fermo il diritto dell'ASL e della Regione Lazio al risarcimento dei danni derivanti dall'inadempimento dell'Erogatore.

#### **Articolo 14 Premesse e allegati**

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Contratto. I seguenti allegati, siglati per identificazione dalle Parti, pure costituisce parte integrale e sostanziale del Contratto medesimo:

- 1) ...;
- 2) ...

#### **Articolo 15 Controversie**

Tutte le controversie relative o derivanti dal presente Contratto, saranno rimesse alla competenza del Foro nella cui giurisdizione ha sede la ASL che sottoscrive il presente Contratto, con esclusione di ogni foro concorrente.



*h. No.*