

175 21 MAR. 2008 *lu*

OGGETTO. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere per acuti 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	1.2	-	2.2
---	-----------	-----------	-----	---	-----

LA GIUNTA REGIONALE

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

VISTO il D.L.gs. 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.L.vo 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 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.

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;



175 21 MAR. 2008 *ll*

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;

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 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



175 21 MAR. 2008 U4

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;
- 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;



175 21 MAR. 2008 lu

- 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;

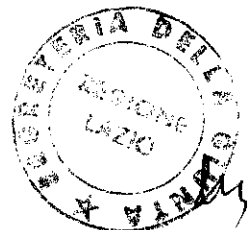
TENUTO CONTO, inoltre, che:

- 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 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.

175
21 MAR. 2008
lu



175 21 MAR. 2008 *ly*

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 ospedaliere;

PRESO ATTO dell'obiettivo specifico 1.2 – Riconduzione del numero di posti letto agli standard nazionali che ha previsto la riconversione/chiusura di ospedali per acuti e cliniche di piccole dimensioni con bassi volumi di attività al fine del raggiungimento dello standard di 3,5 pp.li. per mille abitanti e trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni erogate in regime ordinario o di D.H., attraverso l'estensione degli APA e dei RAC;

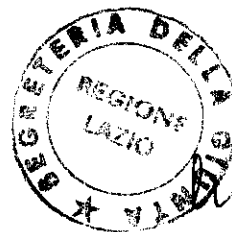
VISTA la DGR 101 del 20 febbraio 2007 con la quale sono stati disposti interventi in materia di riorganizzazione delle rete ospedaliera e territoriale ai fini del raggiungimento della dotazione ottimale di posti letto per l'anno 2007;

CONSIDERATO che i ricorsi avverso la citata deliberazione stanno avendo per la regione Lazio esiti non positivi (sentenza n. 4664/2008 TAR Lazio sezione III quater e altre in sospensiva);

VISTO il D.M. 12 settembre 2006;

VISTA la DGR 436 del 19 luglio 2007 avente ad oggetto "Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere e di assistenza specialistica ambulatoriale dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2007. Attuazione del Piano di Rientro di cui all'accordo sottoscritto ai sensi dell'art. 1 comma 180 legge 311/2004: obiettivi specifici 1.2, 1.3, 2.2";

VISTA la DGR 1050 del 28.12.2008, in cui viene peraltro definita la quota di finanziamento dell'attività di alta specializzazione e complessità organizzativa e ripartita la stessa tra le strutture aventi diritto;



175 21 MAR. 2008

ll

VISTA la L.R. 26 del 29/12/2007 "Finanziaria regionale per l'esercizio 2008";

PRESO ATTO dei vincoli di bilancio definiti per l'assistenza ospedaliera dalla suddetta Legge Regionale che determina in 1.465 milioni di euro il livello massimo di finanziamento del livello di assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione post acuzie e di lungodegenza medica;

RITENUTO di confermare quanto previsto dalla DGR 436/07 rispetto il tariffario regionale delle prestazioni ospedaliere per acuti consistente nella applicazione delle tariffe di cui al DM 12 settembre 2006, per le prestazioni ivi previste, e nella conferma delle tariffe vigenti nella Regione Lazio, nella misura definita dalla DGR 143/2006, per le prestazioni non previste dal DM 12 settembre 2006 ma incluse nei LEA e presenti nella versione 19 della classificazione HCFA ;

RILEVATO che nei mesi di febbraio e marzo 2008 si sono susseguiti incontri con le Associazioni rappresentative delle strutture di che trattasi;

PRESO ATTO della nota prot. 2060/ASP/DG del 14.03.2008 con cui l'Asp Lazio Sanità ha trasmesso la nota tecnica sui criteri adottati per la definizione dei budget e l'elenco dei budget stessi per singolo soggetto erogatore;

RITENUTO pertanto di procedere alla determinazione della remunerazione delle prestazioni ospedaliere 2008 per acuti erogate da strutture private accreditate prevedendo, per gli ospedali classificati, policlinici universitari privati e IRCCS privati un budget pari alla produzione 2007 residenti al netto di APPRO e non residenti, escludendo i casi afferenti al DRG 391 e i casi relativi agli APA ex DGR 143/06 e 922/06 e, per quanto riguarda le case di cura private accreditate, un budget pari alla somma del budget ex DGR 436/07 - che era al netto del DRG 391 - e della produzione relativa ai non residenti rilevata nell'anno 2007;

RITENUTO, che, in considerazione della significativa riduzione dell'attività 2007, per il Campus Biomedico debba essere utilizzata quale produzione di riferimento per i residenti quella relativa all'anno 2006;

RITENUTO inoltre, per la case di Cura private accreditate, che, ai sensi della DGR 101/07, avevano avuto, nell'anno 2007, una contrazione del budget correlata alla riduzione dei posti letto, di reintegrare nel budget 2008 tale riduzione, in conseguenza degli esiti dei ricorsi avverso la DGR 101/07 di cui sopra;

RITENUTO opportuno, a seguito della comunicazione del 17 marzo 2008 da parte della competente struttura regionale, relativa al ripristino dei profili di accreditamento provvisorio della Casa di Cura Nuova Clinica Latina ad integrare il budget di cui alla DGR 436/07 della stessa di importo pari a € 350.000,00;

RITENUTO pertanto di adottare il sistema di finanziamento e di remunerazione del livello di assistenza ospedaliera per acuti secondo quanto stabilito nella presente deliberazione riepilogato nell'allegato 1 che fa parte integrante della presente deliberazione e di definire quindi i budget per singolo soggetto erogatore riportati nell'allegato 1 bis che fa parte integrante del presente provvedimento;



175 21 MAR. 2008 *lls*

CONSIDERATO inoltre che la necessità di procedere ad una puntuale verifica tra i pp.II. delle strutture di cui al presente provvedimento, i sottostanti provvedimenti di autorizzazione e accreditamento e i valori riferiti all'operatività degli stessi pp.II.;

PRESO ATTO della nota 23581 del 28 febbraio 2008 con cui la Direzione Programmazione sanitaria ha avviato una fase di ricognizione di tutti gli eventuali rapporti convenzionali tra le AASSLL e soggetti privati autorizzati finalizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie a carico del S.S.R. , che non possono comunque dare origine ad attività riconducibili, neanche in via analogica, a rapporto di accreditamento;

RITENUTO pertanto che l'esito delle verifiche di cui sopra potrebbe determinare variazioni positive e negative nella consistenza dei budget attribuiti ai soggetti erogatori, alla cui eventuale ridefinizione si procederà con successivo e separato provvedimento, fermo restando il vincolo economico di cui all'art. 43 della L.R. finanziaria del 28/12/2007;

RITENUTO di attribuire 7 milioni al finanziamento destinato alle prestazioni DRG 391 – neonato sano- e riepilogato nell'allegato 1 bis che fa parte integrante del presente provvedimento;

PRESO ATTO che tale finanziamento trova copertura, per euro 2 milioni nelle risorse destinate al livello per l'assistenza ospedaliera, e, per euro 5,4 milioni nel livello dell'assistenza per le altre tipologie assistenziali;

RITENUTO necessario confermare per l' anno 2008 quanto previsto dalla DGR 143/06 con riguardo ai seguenti allegati:

- (*)*
0 (15/5)
- **allegato 2** – relativamente alla classificazione degli ospedali pubblici equiparati al pubblico e privati accreditati , ribadendo che le strutture ospedaliere di ricovero per acuti che svolgono istituzionalmente l'attività di didattica e di ricerca sono esclusivamente quelle in cui sia riconosciuto l'intero triennio clinico di formazione della facoltà di medicina. Non viene confermato l'allegato 2 laddove stabilisce l'incremento tariffario per le classi A e B; resta confermata la riduzione del 5 % della tariffa base regionale per gli ospedali compresi nella classe D;
 - **allegato 4** con sostituzione del 25° percentile al 10° percentile delle soglie di cui alle tabelle A e B
 - **Allegato 6** – Sistema di remunerazione dell'emergenza – esclusivamente nella parte relativa alla remunerazione delle prestazioni di P.S. e al finanziamento aggiuntivo dell'emergenza proporzionale al valore dei ricoveri;
 - **Allegato 7**
 - **Allegato 8**

VISTA la determinazione DE 1598/06 con cui, in attuazione della DGR 143 del 22 marzo 2006 sono stati regolamentati, a partire dall'anno 2006, il sistema di fatturazione e le relative procedure di liquidazione da parte delle ASL delle prestazioni ospedaliere, di specialistica ambulatoriale, disciplinanti, tra l'altro, le modalità di esclusione dalla remunerazione delle prestazioni erogate oltre i tetti stabiliti;

RITENUTO infine di confermare per l'anno 2008 le procedure attualmente vigenti per la validazione, certificazione e pagamento delle fatture mensili emesse dai soggetti privati provvisoriamente accreditati che erogano prestazioni sanitarie, da estendere anche alle altre strutture private accreditate;



175 21 MAR. 2008 lu

CONSIDERATO che sono state esperite le procedure di informazione sentendo le diverse Associazioni di categoria che hanno presenziato ai diversi incontri tenutisi nei mesi di febbraio e marzo 2008, durante i quali le stesse sono state ampiamente informate dei contenuti del presente provvedimento;

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 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

per quanto espresso in premessa che qui si intende integralmente riportato ed approvato:

1. di approvare il sistema di finanziamento del livello di assistenza ospedaliera per acuti per l'anno 2008 e il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori privati, i criteri descritti in premessa e riepilogati nell'allegato 1, che fa parte del presente provvedimento;
2. di confermare le tariffe regionali delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno, di cui alla DGR 436/07;
3. di definire i budget per singolo soggetto erogatore di prestazioni di ricovero per acuti secondo quanto riportato in premessa e riepilogati nella tabella 1 bis che fa parte integrante del presente provvedimento, nonché di approvare la tabella di raccordo "allegato 2" che fa parte integrante del presente provvedimento ;



175 21 MAR. 2008 *ms*

4. di confermare per l'anno 2008 quanto previsto dalla DGR 143/06 con riguardo ai seguenti allegati:
- **allegato 2** – relativamente alla classificazione degli ospedali pubblici equiparati al pubblico e privati accreditati, ribadendo che le strutture ospedaliere di ricovero per acuti che svolgono istituzionalmente l'attività di didattica e di ricerca sono esclusivamente quelle in cui sia riconosciuto l'intero triennio clinico di formazione della facoltà di medicina. Non viene confermato l'allegato 2 laddove stabilisce l'incremento tariffario per le classi A e B; resta confermata la riduzione del 5 % della tariffa base regionale per gli ospedali compresi nella classe D;
 - **allegato 4** con sostituzione del 25° percentile al 10° percentile delle soglie di cui alle tabelle A e B
 - **Allegato 6** – Sistema di remunerazione dell'emergenza – esclusivamente nella parte relativa alla remunerazione delle prestazioni di P.S. e al finanziamento aggiuntivo dell'emergenza proporzionale al valore dei ricoveri;
 - **Allegato 7**
 - **Allegato 8**
5. 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;
6. 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. *ms*

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e la pubblicazione ha comunque valore a tutti gli effetti di notifica per tutti i soggetti erogatori.



Allegato 1



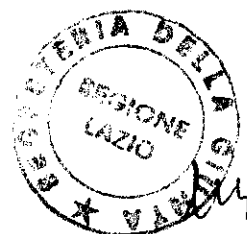
Allegato 1 bis



Contratto_ospedaliere
a_acuti_7_marzo_2008



tabella_raccordo_ospedaliere.xls



175 21 MAR. 2008 *u*

IL PRESIDENTE: F.to Pietro MARRAZZO
IL SEGRETARIO: F.to Domenico Antonio CUZZUPI

12 MAG. 2008



[Handwritten signature]

Nota tecnica sui criteri adottati per la determinazione dei budget 2008 soggetti privati accreditati erogatori di prestazioni ospedaliere per acuti

1. MODALITA' DI DETERMINAZIONE DEL BUDGET OSPEDALIERA PER ACUTI

I budget per singolo erogatore privato sono stati determinati sulla base dei principi sotto esposti e nel rispetto:

- dei tassi di ospedalizzazione programmati
- dei vincoli di bilancio definiti per tale area di erogazione dal Piano di Rientro e dalla Finanziaria Regionale.

1.1 PRODUZIONE DI RIFERIMENTO

Il budget per singolo erogatore è stato predisposto sulla base della produzione dell'anno 2007 relativa a residenti e non residenti.

Dalla produzione 2007 sono stati esclusi i casi afferenti al DRG 391 (neonato sano ricoverato nel nido in occasione della nascita) e i casi relativi agli APA ex DGR 143/06 e 922/06.

Per il Campus Biomedico, in considerazione della significativa riduzione delle attività avvenuta nell'anno 2007 per fattori contingenti, è stata utilizzata quale produzione di riferimento per i residenti quella dell'anno 2006.

1.2. TARIFFE APPLICATE

La produzione è stata valorizzata sulla base delle tariffe vigenti nel Lazio ai sensi della DGR 436/07.

1.3 MODALITA' DI DETERMINAZIONE DEL BUDGET

I budget sono stati determinati secondo i seguenti criteri:

- **Erogatori pubblici, ospedali Classificati, Policlinici universitari privati, IRCCS privati:** produzione relativa a residenti al netto di APPRO e non residenti, rilevata nell'anno 2007. Per il Campus Biomedico è stato previsto un incremento del budget correlato all'aumento di posti letto definito nel pre-accordo del protocollo d'intesa.
- **Case di Cura Private:** il budget è pari alla somma del budget ex DGR 436/07 e della produzione relativa ai non residenti rilevata nell'anno 2007. Agli erogatori che avevano ricevuto in DGR 436/07 una contrazione del budget correlata alla riduzione posti letto ex DGR 101/07, è reintegrata nel budget tale riduzione. Per quanto riguarda la Casa di Cura Nuova Clinica Latina il budget è stato costruito secondo i criteri sopra esposti, considerando altresì il ripristino dei profili di accreditamento provvisorio precedenti la DGR 149/2005, come da comunicazione della competente struttura regionale.

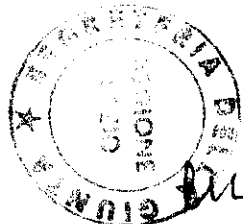


mls.

BUDGET 2008 ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI DA PRIVATO

TIPO	CLASS E H	COA	OSPEDALE	BUDGET 2008				FUNZIONI 2008 (DGR 1050_07)	TOTALE	
				RESIDENTI valore	MOB ATTIVA valore	STRANERI valore	TOTALE valore			
32	A	905	120905	Policlinico A. Gemelli	200.960.573	50.883.286	294.004	252.137.863	75.375.447	327.513.310
32	A	915	120915	Campus Biomedico	37.687.899	7.168.851	48.065	44.904.815	8.397.027	53.301.842
42	C	910	120910	San Raffaele Pisana	2.206.018	130.950	3.612	2.340.580		2.340.580
42	B	911	120911	Istituto Dermatologico dell'Immacolata	23.096.484	12.959.044	86.927	36.142.455	4.508.413	40.648.868
5	A	101	120072	San Giovanni Calibita - FBF	49.072.083	3.127.688	235.719	52.435.490	4.442.955	56.878.445
5	C	103	120076	Madre Giuseppina Vannini - Figlie di San C	31.530.025	1.844.098	83.026	33.457.149	5.391.063	38.848.212
5	C	104	120075	Israellitico	22.018.230	2.852.907	28.942	24.900.079		24.900.079
5	A	105	120071	San Pietro - Fatebenefratelli	53.764.477	3.044.149	1.503.650	58.312.275	5.112.009	63.424.284
5	C	105	120073	San Carlo di Nancy	28.343.081	3.343.903	44.361	31.731.345		31.731.345
5	C	105	120074	Cristo Re	21.068.612	1.983.902	187.866	23.240.381		23.240.381
5	C	109	120070	Regina Apostolorum	25.674.186	1.108.765	264	26.783.215		26.783.215
7	D	101	120079	Villa Domeia	7.035.023	238.136	-	7.273.159		7.273.159
7	D	101	120083	Villa Valeria	5.126.556	755.826	4.378	5.886.760		5.886.760
7	C	101	120084	Villa Tiberia	18.383.229	4.069.432	11.782	22.464.443		22.464.443
7	C	101	120105	Marco Polo	2.810.705	185.660	-	2.996.365		2.996.365
7	C	102	120132	Guarnieri	14.339.423	603.248	8.002	14.950.673		14.950.673
7	C	102	120166	Nuova Ilor	14.851.134	588.709	2.996	15.442.839		15.442.839
7	D	103	120089	Nuova Clinica Latina	2.501.851	182.811	-	2.684.662		2.684.662
7	D	103	120099	Life Hospital	-	-	-	-		0
7	D	103	120116	San Luca	5.781.508	363.320	1.116	6.145.944		6.145.944
7	D	103	120143	Concordia Hospital	3.665.146	453.444	-	4.118.590		4.118.590
7	D	103	120155	Chirurgia Addominale all'Eur	7.412.693	877.887	-	8.290.581		8.290.581
7	D	103	120157	Fabia Mater	10.659.572	964.482	-	11.624.054		11.624.054
7	D	103	120169	Annunziataella	7.089.904	268.972	2.844	7.361.720		7.361.720
7	C	104	120113	Villa Pia	8.189.199	461.503	18.001	8.668.703		8.668.703
7	C	104	120171	Citta' di Roma	14.023.002	1.724.784	-	15.747.786		15.747.786
7	B	104	120173	European Hospital	15.741.454	1.377.037	6.689	17.125.180		17.125.180
7	D	105	120080	San Giorgio	-	-	-	-		0
7	D	105	120097	Villa Aurora	6.139.473	443.766	-	6.583.239		6.583.239
7	C	105	120115	Santa Famiglia	6.638.789	433.776	2.360	7.074.925		7.074.925
7	D	105	120126	San Giuseppe	4.569.322	1.373.514	-	5.942.836		5.942.836
7	D	105	120159	Nuova Villa Claudia	4.424.504	1.088.035	10.760	5.523.299		5.523.299
7	D	105	120162	Ns. Signora del Sacro Cuore	1.200.382	86.143	7.037	1.293.562		1.293.562
7	C	105	120163	San Feliciano	11.274.941	1.585.555	4.534	12.865.030		12.865.030
7	B	105	120180	Aurelia Hospital	28.117.571	1.561.690	54.227	29.733.488	6.788.256	36.521.744
7	D	106	120140	Silgato	2.160.227	740.019	-	2.900.246		2.900.246
7	D	108	120082	Villa delle Querce	827.730	71.578	-	899.308		899.308
7	D	108	120096	Madonna delle Grazie	10.640.076	1.776.695	-	12.416.771		12.416.771
7	C	108	120134	Sant'Anna	12.329.198	577.186	3.394	12.909.778		12.909.778
7	C	108	120176	Istituto Neurotraumatologico Italiano	13.970.985	2.691.522	7.332	16.669.839		16.669.839
7	D	108	120196	San Raffaele di Velletri	2.171.567	68.820	-	2.240.387		2.240.387
7	D	109	120014	Santa Teresa del Bambino Gesù	2.646.603	44.542	-	2.691.145		2.691.145
7	D	111	120209	Casa del Sole	8.201.445	1.783.280	48.585	10.033.310		10.033.310
7	D	111	120211	Villa Azzurra	3.501.088	95.485	8.070	3.604.644		3.604.644
7	B	111	120212	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologi	22.156.977	3.931.265	35.131	26.123.372	4.994.704	31.118.076
7	D	111	120213	San Marco	3.854.490	45.940	-	3.900.430		3.900.430
7	C	111	120215	Citta' di Aprilia	10.882.125	252.819	418.173	11.553.117		11.553.117
7	D	111	120278	Villa Silvana	-	-	-	-		0
7	D	112	120230	Sant'Anna	5.057.503	1.921.117	794	6.979.414		6.979.414
7	D	112	120234	Villa Gioia	3.836.086	138.250	-	3.974.335		3.974.335
7	D	112	120235	Villa Serena	2.826.597	518.933	-	3.345.530		3.345.530
7	D	112	120236	Santa Teresa	3.850.918	247.175	-	4.098.093		4.098.093
				804.310.663	123.039.896	3.172.840	930.523.199	115.007.874	1.045.531.073	

pol univ priv	32	238.648.472	58.052.136	342.070	297.042.678	83.772.474	380.815.152
irccs priv	42	25.302.502	13.089.994	90.539	38.483.035	4.506.413	42.989.448
classificati	5	231.470.694	17.305.412	2.083.827	250.859.934	14.946.027	265.805.961
CdC	7	308.888.995	34.592.353	656.204	344.137.553	11.782.960	355.920.513
NEONATO SANO (da finanziamento livello ospedaliero)					2.000.000		2.000.000
TOTALE LIVELLO OSPEDALIERO ACUTI					932.523.199	115.007.874	1.047.531.073
NEONATO SANO (da finanziamento livello altra assistenza)					5.400.000		5.400.000



M. No.

[1] 0/2/12/1

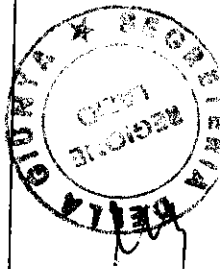
ALLEG. alla DELIB. N. 175

DEL 21 MAR. 2008

allegato 2

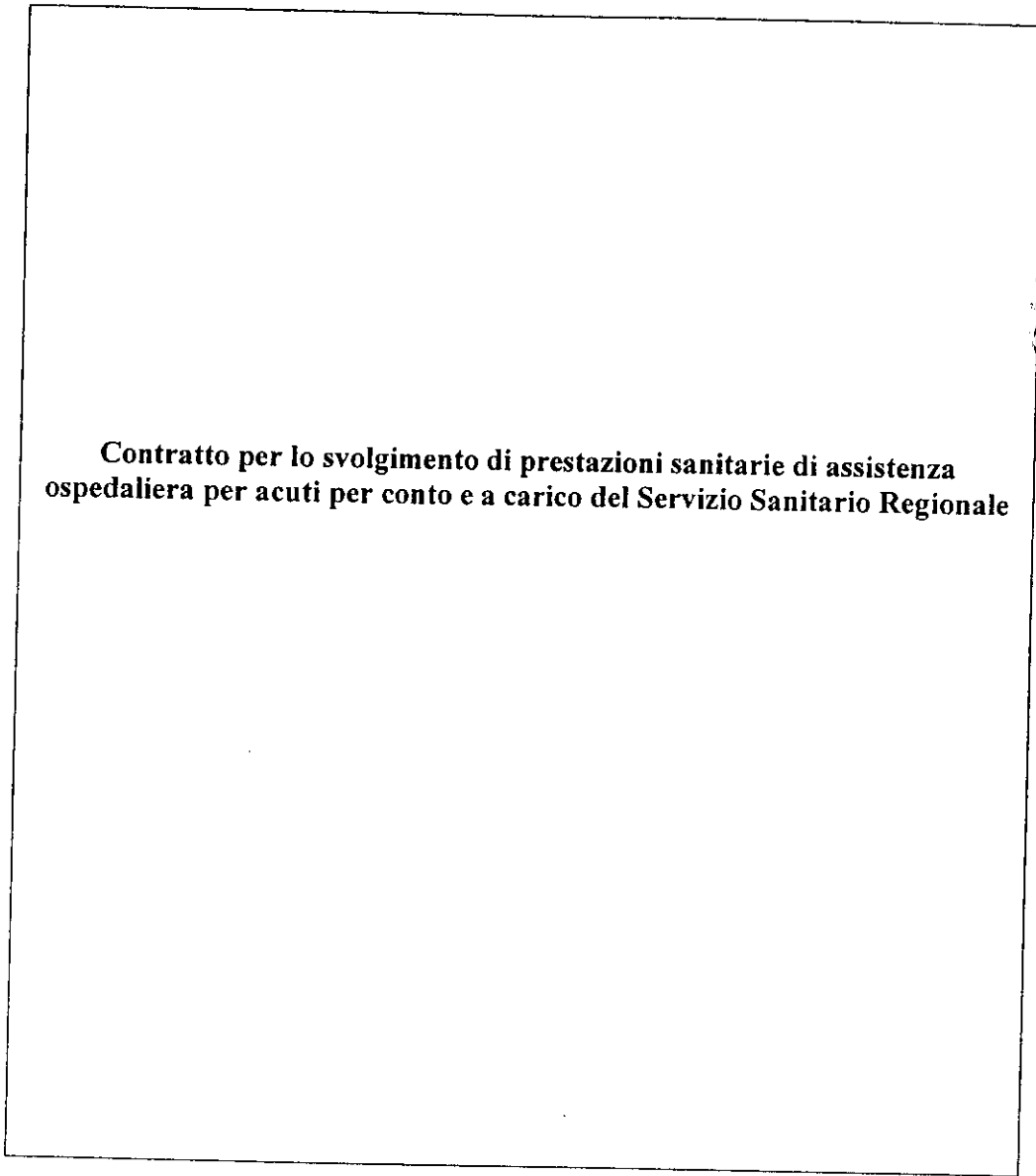
tabella di raccordo del livello di ASSISTENZA OSPEDALIERA DA PRIVATO

	ospedaliera					
	acuti	riabilit	lungodeg	funzioni	totale osp	
Gemelli	252.137.863	4.170.558	0	75.375.447	331.683.868	
Campus	44.904.815	1.744.143	0	8.397.027	55.045.985	
IDI	36.142.455	0	0	4.506.413	40.648.868	
classificati (totale)	250.859.934	0	0	14.946.027	265.805.961	
San Giovanni Calibita - FBF	52.435.490	0	0	4.442.955	56.878.445	
Madre G. V. Figlie di S. Camillo	33.457.149	0	0	5.391.063	38.848.212	
Israelitico	24.900.079	0	0	0	24.900.079	
San Pietro - FBF	58.312.275	0	0	5.112.009	63.424.284	
San Carlo di Nancy	31.731.345	0	0	0	31.731.345	
Cristo Re	23.240.381	0	0	0	23.240.381	
Regina Apostolorum	26.783.215	0	0	0	26.783.215	
S. Raffaele Pisana	2.340.580	26.880.987	0	0	29.221.567	
S. Lucia	0	39.428.857	0	0	39.428.857	
fondo speciale riabilitazione (di cui 2 milioni dal livello "riabilitazione ex art. 26")	0	25.784.394	0	0	25.784.394	
cdc	344.137.553	258.069.717	63.316.784	11.782.970	677.307.024	
Neonato Sano	2.000.000				2.000.000	
TOTALE PRIVATI	932.523.199	356.078.656	63.316.784	115.007.884	1.466.926.524	
fondo neonato sano da livello "altra assistenza"	5.400.000				5.400.000	



M. M.

ALLEG. alla DELIB. N. 175 *ly*
DEL 21 MAR. 2008



Contratto per lo svolgimento di prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera per acuti per conto e a carico del Servizio Sanitario Regionale



14/03/08
3

Auto.

- 16/1/08
- 16/1/08
- 16/1/08
- 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 sanitarie di assistenza ospedaliera per acuti.
- g) L'Erogatore è titolare di autorizzazione all'esercizio di prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera per acuti presso la struttura sita in _____, Via _____, (di seguito denominata "Struttura"), rilasciata dal _____ con provvedimento del _____.
- h) Con DGR n. 355/00 l'erogatore è stato accreditato provvisoriamente per/ovvero con DGR n. l'erogatore è stato accreditato provvisoriamente per
- i) L'Erogatore intende esercitare le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera per acuti 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 sanitarie di assistenza ospedaliera.

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 assistenza ospedaliera di cui al successivo § 1.2 a favore degli aventi diritto che, esercitando libera scelta, opteranno di accedere per il tramite della Struttura dell'Erogatore alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale.

1.2 Le prestazioni sanitarie da svolgere per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale (di seguito "Prestazioni Sanitarie") consistono nelle seguenti attività di assistenza sanitaria ospedaliera per acuti:

- (i) Ricovero ordinario
- (ii) Day Hospital

1.3 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 [L'Erogatore dichiara e garantisce inoltre l'adeguatezza ed il perfetto stato d'uso delle apparecchiature, e si impegna a tenere a disposizione della ASL e della Regione Lazio, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e/o la documentazione delle attività di manutenzione effettuata in maniera adeguata a ciascuna apparecchiatura.]

2.4 [L'Erogatore si impegna ad effettuare le idonee calibrazioni, secondo la buona pratica professionale, ed a partecipare ai programmi della "Verifica Esterna di Qualità".]

2.5 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.

3.2 Al fine di consentire agli aventi diritto continuità nella fruizione delle Prestazioni Sanitarie, sia pur nell'ottica di necessario contenimento della spesa pubblica, le Parti si danno atto che l'Erogatore dovrà programmare la propria attività per rispettare il Tetto Massimo del Fatturato. Per l'effetto, le Parti convengono che nulla spetterà all'Erogatore né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le Prestazioni Sanitarie che l'Erogatore medesimo abbia reso superando anche uno dei seguenti limiti percentuali indicati in corrispondenza ai relativi riferimenti temporali:

- (i) il ___% (_____ per cento) del Tetto Massimo Annuo alla data del 31 luglio 2008;
- (ii) il ___% (_____ per cento) del Tetto Massimo Annuo alla data del 30 ottobre 2008.

3.3 L'Erogatore potrà recuperare nei mesi successivi il volume non richiesto in un dato periodo dagli aventi diritto alle Prestazioni Sanitarie rispetto alla percentuale fissata per quel medesimo periodo al precedente § 3.2. Per quanto occorrer possa, si precisa che nulla spetterà all'Erogatore né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il termine di durata del presente Contratto.

3.4 L'Erogatore e la Regione Lazio valuteranno secondo buona fede la possibilità di gestire la ricorrenza di eventi straordinari che richiedano, fermo il Tetto Massimo di Fatturato, una variazione delle percentuali di cui al § 3.2.

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. Le Parti si danno comunque atto che, al fine di rispettare i limiti percentuali di cui all'Articolo 3, § 3.2, l'Erogatore potrà, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, procedere ad una programmazione delle attività da rendere per garantire la continuità assistenziale.

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 predisporre condizioni organizzative tali da consentire l'acquisizione da parte dell'ASL, anche attraverso gli strumenti informatici di cui all'art. 50, commi 6 e 7, D.L. 30.9.2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla L. n. 326/03 e di cui al § 6.2, di ogni dato ritenuto utile a legittimamente verificare il corretto adempimento;
- (ii) a conservare la documentazione relativa alle Prestazioni di Ricovero rese, in funzione della sua successiva consegna alla ASL.

6.2 Al fine di consentire l'espletamento dei controlli automatici della corrispondenza delle fatture con i dati validati [SIO], nonché la corrispondenza dell'attività fatturata mensilmente con i limiti percentuali al riguardo convenuti all'Articolo 3, § 3.2, l'Erogatore fornirà le informazioni e le dichiarazioni fissate, in attuazione della D.G.R. n. 143 del 22.3.2006 e s.m.i., nella determina n. 1598 del 7.6.2006 del Direttore Regionale Tutela della Salute e Sistema Sanitario Regionale, nonché nella determina n. 2804 del 10.8.2007 del Direttore Regionale Risorse Umane e Finanziarie e Investimenti nel SSR, secondo le modalità, nei termini ed alle condizioni stabilite nei provvedimenti sopra richiamati, come eventualmente nel tempo modificati ed integrati.

**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

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 in caso di tardiva trasmissione dei dati di cui al precedente Articolo 6 e 6.2 e sino alla intervenuta trasmissione dei dati medesimi. La ASL sarà legittimata a procedere alla sospensione dei pagamenti anche in pendenza di contestazione di mancato invio mossa dal Ministero dell'Economia all'Erogatore.

**Articolo 8
Modalità di liquidazione e termini per il pagamento dei corrispettivi**

8.1 [...]

8.2 ...

8.3 ...

8.4 Quanto dovuto dalla ASL a titolo di corrispettivo potrà essere compensato con gli importi che l'Erogatore dovrà restituire per effetto delle verifiche di cui all'Articolo 6, § 2.

**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

h. ho.

A
22
15
A

erogatore di Prestazioni Sanitarie.

Articolo 10 Intervento della Regione Lazio

10.1 La Regione Lazio, in quanto soggetto programmatore e defintore 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 (ii);
- (vii) inosservanza degli obblighi di trasmissione dei dati di cui all'Articolo 6, § 6.2;
- (viii) 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.

Mto.

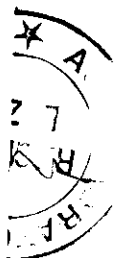
Articolo 14
Premesse e allegati

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/lo.