

ECCELLENTISSIMO TRIBUNALE AMMINISTRATIVO DEL LAZIO
Sez. III quater - Ric. 993/2013

PRODUZIONE

Per l' "Istituto Figlie di San Camillo" - Ospedale "Madre Giuseppina Vannini",
contro e nei confronti

- il Commissario delegato al Piano di rientro per il disavanzo del Settore Sanitario della Regione Lazio;
- il Commissario delegato al Piano di rientro per i disavanzi del Settore Sanitario della Regione Lazio;
- la Regione Lazio;

nei confronti

della Provincia Italiana della Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione
- Istituto Dermopatico dell'Immacolata;

nonché nei confronti

- dell'AUSL Roma C;
- del Ministero della Salute;
- del Ministero dell'Economia e delle Finanze;
- del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;
- la Presidenza del Consiglio dei Ministri;

INDICE DEGLI ATTI

n. ordine

-
- A Originale del ricorso notificato il 14.11.2014;
 - 1 Copia del decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. 248 del 28.7.2014 - avente ad oggetto "Definizione del limite massimo delle risorse assegnabili per l'anno 2014 alle strutture erogatrici di prestazioni ospedaliere (acuti - posti acuti)" - pubblicato sul BURL n. 63 del 7.8.2014; (provvedimento impugnato);
 - 2 Copia del decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. 261 del 6.8.2014 - avente ad oggetto "Modifiche e/o integrazioni allo schema di contratto accordo di cui al DCA 183/2013" - pubblicato sul BURL n. 65 del 14.8.2014; (provvedimento impugnato);
 - 3 Copia decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. 100 del 9.4.2013 - avente ad oggetto "Definizione budget 2013 delle strutture private erogatrici di prestazioni ospedaliere a carico del SSN" - pubblicato sul BURL n. 32 del 18.4.2013.

Roma, 20 novembre 2014


(Avv. Silvio Bozzi) c



MANDATO

ECCELLENTISSIMO TRIBUNALE AMMINISTRATIVO

REGIONALE DEL LAZIO Sez. - III quater

Motivi aggiunti al ricorso n. 993 del 2013

per per l' "Istituto Figlie di San Camillo" - Ospedale "Madre Giuseppina Vannini", con sede in Roma, Via Acqua Bullicante n. 4 - C.F. 01588540581, in qualità di Legale Rappresentante pro-tempore Molto Rev.da suor Rosanna Priore - rappresentata e difesa, dall'Avv. Silvio Bozzi (C.F. BZZSLV66H03A783M; fax 06/8551844; e-mail: silviobozzi@ordineavvocatiroma.org), ed elettivamente domiciliato presso lo Studio dell'Avv. Silvio Bozzi in Roma, Viale Regina Margherita, 1; il tutto come da delega a margine del presente atto;

contro

- il Commissario delegato al Piano di rientro per il disavanzo del Settore Sanitario della Regione Lazio, domiciliato ex legge presso l'Avvocatura generale dello Stato, in via Dei Portoghesi n. 12;
- il Commissario delegato al Piano di rientro per i disavanzi del Settore Sanitario della Regione Lazio, domiciliato presso la sede;
- la Regione Lazio, in persona del presidente pro-tempore;

nei confronti

della Provincia Italiana della Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione - Istituto Dermopatico dell'Immacolata in persona del rappresentante legale pro-tempore;

nonché nei confronti

dell'AUSL Roma C, in persona del rappresentante legale pro-tempore;
del Ministero della Salute, in persona del Ministro pro-tempore;
del Ministero dell'Economia e delle Finanze, in persona del Ministro pro-tempore;
del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, in persona del Ministro pro-tempore;

Io sottoscritto Molto Rev.da suor Rosanna Priore, in qualità di Legale Rappresentante pro-tempore dell' "Istituto Figlie di San Camillo" - Ospedale "Madre Giuseppina Vannini" con sede in Roma, Via Acqua Bullicante, 4, delego l'Avv. Silvio Bozzi, a rappresentare e difendere detto Ospedale nel presente giudizio, conferendogli ogni più ampia facoltà di legge, Eleggo domicilio presso lo Studio dell'Avv. Silvio Bozzi, sito in Roma, Viale Regina Margherita, 1.

n.q.

sr. Rosanna Priore

Rosanna Priore

E' autentica

TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE DEL LAZIO - Sezione III	
26 NOV 2014	
REG PROT	REG REC
N°	N°

92406

- la **Presidenza del Consiglio dei Ministri**, in persona del rappresentante legale pro – tempore, domiciliato ex legge presso l'Avvocatura generale dello Stato, in via Dei Portoghesi n. 12;

* * *

per l'annullamento del decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. 248 del 28.7.2014 – avente ad oggetto "*Definizione del limite massimo delle risorse assegnabili per l'anno 2014 alle strutture erogatrici di prestazioni ospedaliere (acuti – posti acuti)*" – pubblicato sul BURL n. 63 del 7.8.2014; nonché, in parte qua, del decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. 261 del 6.8.2014 – avente ad oggetto "*Modifiche e/o integrazioni allo schema di contratto accordo di cui al DCA 183/2013*" - pubblicato sul BURL n. 65 del 14.8.2014; nonché dell'eventuale provvedimento di validazione dei suddetti decreti ad opera del Ministero del Lavoro e del Ministero dell'Economia e delle Finanze; nonché di ogni altro atto presupposto, conseguente e connesso.

FATTO

L'OSPEDALE RICORRENTE

L'ospedale ricorrente è un ospedale classificato, accreditato obbligatoriamente con il servizio sanitario nazionale.

Esso insiste nel territorio di competenza dell'AUSL Roma C.

Esso non solo svolge attività ospedaliera in senso stretto, ma è anche titolare di specifici programmi assistenziali definiti "*funzioni*", tra cui assume particolare rilievo la rete dell'emergenza.

Gli ospedali classificati sono disciplinati dall'art. 4 comma 12 del dlgs.vo n. 502/92, che fa riferimento agli ospedali classificati ai sensi della l. n. 132/68, così come individuati per il tramite del riferimento all'art. 41 l. n. 833/78; a sua volta l'art. 1 comma 18 del dlgs.vo n. 502/92, come da ultimo modificato, fa riferimento alle "*...istituzione pubbliche e quelle equiparate di cui all'art. 4, comma 12.*", ovvero agli ospedali classificati; gli ospedali classificati sono, quindi, delle strutture equiparate a quelle pubbliche.

ELEMENTI ESSENZIALI DEI DECRETI IMPUGNATI

Per quel che interessa in questa sede, il decreto n. 248 del 2014, con il comma 1 del dispositivo, ha approvato l'allegato contenente il livello massimo (budget) 2014 di finanziamento per ogni soggetto erogatore in relazione agli acuti.

Più precisamente, il budget 2014 è stato determinato -- violando e fraintendendo completamente l'art. 15 comma 14 della legge n. 135 del 2012 -- decurtando del 2% il budget già stabilito per il 2013.

Il decreto n. 248 del 2013 ha stabilito anche delle regole di funzionamento del sistema di finanziamento.

Queste regole vanno coordinate con quanto disposto dal decreto n. 261 del 2014 e dai relativi allegati.

***SINTESI DEGLI ELEMENTI ESSENZIALI DEI MOTIVI DI RICORSO.
SULLA NECESSITÀ DEI MOTIVI AGGIUNTI.***

Sulla determinazione del budget 2014 in violazione dell'art. 15 comma 14 della legge n. 135 del 2012.

I motivi aggiunti hanno un principale e fondamentale motivo.

Più precisamente, si intende dimostrare che le riduzioni imposte al budget 2014 non rispettano e violano la legge n. 135 del 2012.

Sulle illegittimità derivate in relazione al budget 2014 in ragione delle illegittimità relativi al budget presupposti degli anni precedenti.

- Procedendo oltre, il ricorso intende dimostrare anche che i budget 2014 soffrono, in via derivata, dei vizi che invalidano la definizione del budget 2012 e 2013.

Orbene, procedendo a ritroso il budget 2013 è stato stabilito applicando un'ulteriore decurtazione dell'0,50 -- ex legge n. 135 del 2012 -- al budget 2012.

Il budget 2012 è stato inizialmente stabilito con decreto n. 88 del 2012; quindi, il budget di cui al decreto n. 88 del 2012 è stato oggetto di una prima riduzione del 6,8519, -- ex legge n. 135 del 2012 -- ad opera del decreto n. 349 del 2012.

Il budget 2012, stabilito inizialmente con decreto n. 88 del 2012, è stato oggetto di ricorso, da parte dell'ospedale ricorrente, pendente dinanzi a codesta Sezione con il n. 8851 del 2012; rispetto a questo ricorso si presenta specifica istanza

di riunione; è evidente, infatti, che l'annullamento dell'originario budget 2012 determina anche l'annullamento consequenziale dei budget 2013 e 2014, che sono stati stabiliti comunque con riferimento all'originario budget 2012. Inoltre – fermo restando la predetta istanza di riunione - si intende ribadire che l'Amministrazione ha errato nella concreta applicazione delle percentuali di riduzione previste dalla l. n. 135 del 2012 rispetto al 2012 ed operate dal decreto n. 349 del 2012; questa riduzione ha degli effetti derivati anche sul 2013 e sul 2014, con conseguente necessità dei motivi aggiunti.

- Procedendo ancora oltre, si intende dimostrare che, comunque sia, l'Amministrazione nell'applicazione dei tetti di cui alla l. n. 135 del 2012 non ha rispettato i principi procedurali che devono presiedere alla loro determinazione e non ha tenuto conto della natura peculiare degli ospedali classificati.

- Infine, si intende dimostrare - a prescindere dalla illegittimità del tetto, delle riduzioni imposte dalla legge n. 135 del 2012 e delle modalità procedurali con cui sono state stabilite – che il sistema di funzionamento del budget, come delineato dai decreti impugnati è illegittimo e contrario alla legge.

I decreti impugnati sono illegittimi per le seguenti argomentazioni in

DIRITTO

ISTANZA DI RIUNIONE DEL PRESENTE GIUDIZIO CON IL RICORSO N. 8853 DEL 2012 PENDENTE DINANZI ALLA SEZIONE III QUATER DI QUESTO TAR LAZIO.

Innanzitutto, si fa specifica istanza di riunione del presente giudizio con il giudizio pendente dinanzi a codesta Sezione con il n. 8853 del 2012.

Infatti, come detto, il budget 2012 è stato inizialmente stabilito con decreto n. 88 del 2012 (quindi, il budget di cui al decreto n. 88 del 2012 è stato oggetto di una prima riduzione dell'0,50 – ex legge n. 135 del 2012 – ad opera del decreto n. 349 del 2012; al fine, il decreto n. 100 del 2013 ha individuato i budget 2013 in virtù di un'ulteriore decurtazione dell'0,50 – ex legge n. 135 del 2012 – al budget del 2012).

Rimane comunque il dato di fatto che il budget 2012 è stabilito inizialmente con decreto n. 88 del 2012, che è stato oggetto di ricorso, da parte

dell'ospedale ricorrente, pendente dinanzi a codesta Sezione con il n. 8851 del 2012.

Rispetto a questo ricorso è necessario procedere ad una riunione per un esame congiunto; è evidente, infatti, che l'annullamento dell'originario budget 2012 determina anche l'annullamento consequenziale del budget 2013, che è stato stabilito, comunque, con riferimento all'originario budget 2012.

SULL'OPPORTUNITA' DI UTILIZZARE UN METODO ESPOSITIVO DIVERSIFICATO

Invero, solo il primo motivo di ricorso ha una sua originalità.

Per quanto riguarda gli altri motivi di ricorso trattasi di motivi di ricorso che ripercorrono le censure già proposte con i precedenti motivi.

Quindi in relazione a questi motivi si riproporranno le stesse censure di cui agli atti precedenti.

Lo si farà però con un carattere corsivo.

In tal modo questa difesa assolve all'onere di notificare integralmente anche le censure che hanno una funzione derivata; il Collegio, a sua volta, potrà stabilire se leggere o meno questi motivi, evitando di tediarsi.

VIOLAZIONE DELL'ART. 15 COMMA 14 DELLA L. 135 DEL 2012. ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO E DIFETTO DI ISTRUTTORIA, ILLOGICITA' E CONTRADDITTORIETA'.

Il decreto n. 248 del 28.7.2014 ha previsto di tagliare i budget del 2% rispetto ai budget del 2013 di cui al decreto n. 100 del 2013.

In questo senso le cifre relative all'ospedale ricorrente che attestano proprio una differenza del 2% tra il budget 2013 e budget 2014; nonché il comma 26 della motivazione.

Orbene, il comma 14 dell'art. 15 del D.L. n. 95 2012 convertito in legge n. 135 del 2012 prevede quanto segue: *14. A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da*

soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014.

Si badi bene che la predetta norma prevede per il 2012 una riduzione dell'0,50% rispetto alla spesa consuntivata 2011, per il 2013 una riduzione dell'1,00 sempre rispetto alla spesa consuntivata 2011 e per i 2014 una riduzione dell'2,00 sempre rispetto alla spesa consuntivata 2011.

Ne consegue che – tenuto conto che il parametro di riferimento è sempre il 2011 – nel 2014 la riduzione del 2,00% deve essere calcolata tenendo conto delle riduzioni già effettuate nel 2012 e nel 2013, sempre rispetto al 2011; quindi, nel 2014 bisogna aggiungere solo un'ulteriore riduzione dell'0,50%, che si somma all'0,50% per il 2012 e all'1,00% per il 2013, per un totale complessivo del 2,00% per il 2014.

La migliore prova dell'esattezza di questa tesi è data dal fatto che il decreto n. 100 del 2013 ha stabilito i budget del 2013 applicando al budget del 2012 solo la riduzione dell'0,50%, tenendo conto delle riduzioni precedenti.

VIOLAZIONE DELL'ART. 15 COMMA 14 DELLA L. 135 DEL 2012. ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO E DIFETTO DI ISTRUTTORIA, ILLOGICITA' E DISPARITA' DI TRATTAMENTO. ILLEGITTIMITA' COSTITUZIONALE DELL'ART. 15 SOPRA CITATA IN RELAZIONE

Sull'eccezione di incostituzionalità.

Come è noto, in questo giudizio il Collegio ha già sollevato l'eccezione di incostituzionalità dell'art. 15, comma 14, del DL n. 15 del 6 luglio 2012, convertito in Legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 7 agosto 2012, n. 135, per contrasto con gli artt. 117 comma 3, 3, 97, 41 e 32 della Costituzione, secondo quanto specificato in motivazione.

A riguardo si fa rinvio alle argomentazioni di cui ai precedenti scritti e a quanto scolpito nell'ordinanza di rimessione.

Comunque, con questo motivo si intende dimostrare che l'Amministrazione ha errato nella concreta applicazione delle percentuali di riduzione previste dalla l. n. 135 del 2012 rispetto al 2012 e, quindi, in via derivata rispetto al 2013 e 2014.

Si procederà, quindi, ad esporre sinteticamente le ragioni - presenti nel ricorso introduttivo - che fondano l'illegittimità del decreto del Commissario ad acta della Regione Lazio n. 349 del 2012 del 22.11.2012 che ha applicato al budget del 2012 le riduzioni imposte dalla "Legge del 7 agosto 2012 n. 135".

Si ricorderà che con il ricorso originario il decreto n. 349 del 2012 è stato censurato perché ha determinato per il 2012 un taglio dei finanziamenti del 6,8519, che va ben oltre la misura prevista dalla legge dell'0,50 con riferimento alla sola assistenza ospedaliera,

La lettera e la ratio dell'art. 15 comma 14 della l. n. 135 del 2012

Nel ricorso introduttivo, abbiamo dimostrato che il predetto art. 15 comma 14 - coordinato con l'art. 17 comma 1 lettera a) in esso richiamato - intende stabilire dei chiari limiti solo alla spesa per "l'assistenza ospedaliera", ovvero per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati... per l'assistenza ospedaliera...", in relazione ai relativi "...volumi d'acquisto...".

Orbene, la lettera della norma fa riferimento all'assistenza ospedaliera, che si ricorderà è contabilizzata in maniera autonoma e si riferisce solo al volume d'acquisto delle prestazioni ospedaliere.

Insomma, la norma è molto chiara nel lasciare intendere che intende imporre il risparmio solo in relazione all'acquisto del volume di prestazioni oggetto del budget assegnati ai soggetti accreditati, ovvero delle spese contabilizzate nel 2011 nell'ambito delle voci relative all'assistenza ospedaliera.

Negli stessi termini, è evidente che il riferimento al volume d'acquisto delle prestazioni ospedaliere è molto chiaro nel lasciare intendere che la norma non intende imporre alcun risparmio alle spese relative alle "funzioni"; si ricorderà, come detto nel ricorso originario, che le funzioni - in quanto riferite

ai costi organizzativi di specifici programmi assistenziali – non vengono remunerate in relazione ad un volume di prestazioni contabilizzate nel 2011 in relazione alla voce “assistenza ospedaliera”, ma vengono remunerate con finanziamenti specifici contabilizzati nel 2011 nell’ambito della voce quota a destinazione finalizzata (come si ricorderà, nel ricorso introduttivo si è dimostrato che sistema di remunerazione delle funzioni per il 2012, di cui al decreto n. 115/2012, non si basa su volumi di prestazioni ma su finanziamenti specifici per programmi di assistenza; nel ricorso originario si è dimostrato anche la contabilizzazione autonoma delle risorse relative all’assistenza ospedaliera e alle funzioni, - di cui la tabella che si ritrova all’interno della motivazione del decreto n. 113 del 2011 - doc. depositato – dove le cosiddette funzioni sono oggetto di una classificazione contabile separata come voce quota a destinazione finalizzata, differente dalla voce relativa l’attività ad assistenza ospedaliera contabilizzata in maniera autonoma).

La motivazione del decreto impugnato in relazione all’individuazione delle partite contabili e alle modalità con a cui è stato applicato l’art. 15 comma 14. Sull’illegittima decurtazione della spesa 2012 riservata ai budget dell’assistenza ospedaliera 2012 – oltre i limiti dell’0,50 di riduzione previsti dalla legge in relazione al consuntivato 2011 della spesa 2011 riservata appunto ai budget dell’assistenza ospedaliera – determinata dalla necessità di coprire con la predetta spesa consuntivata 2011 anche i costi 2012 delle funzioni e della riorganizzazione della rete ospedaliera.

Si procede ora ad individuare le ragioni per cui il decreto n. 349 del 2012 ha determinato per il 2012 un taglio dei finanziamenti del 6,8519 che va ben oltre la misura prevista dalla legge dell’0,50 con riferimento alla sola assistenza ospedaliera..

Orbene, il comma 21 della motivazione del decreto n. 349 del 2012 fa riferimento al consuntivo dell’attività ospedaliera 2011, ovvero a due sottovoci dell’assistenza ospedaliera del CE consuntivato 2011; trattasi delle due sottovoci dell’assistenza ospedaliera relativa ai budget di cui alla ripartizione del 2011

già illustrata (con i commi con i commi 22, 23, 24 e 25, il decreto intende integrare le voci consuntivate relative ai budget dell'assistenza ospedaliera 2011 con ulteriori voci - relative valorizzazione dai controlli ecc... - che non erano considerate nel consuntivato 2011 relativo all'assistenza ospedaliera).

Il decreto, però, non si limita ad applicare una riduzione dell'0,50 alle spese 2011 per individuare il volume delle prestazioni erogate dai privati nell'ambito dei budget dell'assistenza ospedaliera 2012.

Il decreto applica una riduzione molto più ampia del 6,8519.

La percentuale del 6,8519 è il frutto dell'operazione matematica, di cui al comma 28, finalizzata a far sì che la somma consuntivata 2011, relativa ai budget dell'assistenza ospedaliera del 2011, ridotta dell'0,50, possa coprire la spesa 2012 relativa non solo all'assistenza ospedaliera dei budget 2012, ma anche i costi 2012 delle "funzioni e degli accantonamenti relative alle attività ospedaliera oggetto di conversione, riorganizzazione, riattribuzione....".

Insomma il Commissario intende pagare con la spesa consuntivata del 2011, relativa ai soli budget dell'assistenza ospedaliera - peraltro ridotta, ex lege, dell'0,50 - tutta la spesa complessiva del 2012, incluse anche le funzioni e le somme per la riconversione.

E' per questo che il decreto non si limita ad applicare una riduzione dell'0,50 alla spesa ospedaliera dei budget 2011 consuntivata 2011, come previsto dalle legge, ma un ben più ampia riduzione del 6,8519.

La riduzione dell'0,50 era sicuramente sufficiente a remunerare solo la spesa ospedaliera dei budget 2012, come espressamente riconosciuto dal comma 25 della motivazione; infatti se la spesa dei budget dell'assistenza ospedaliera del 2011 serve a pagare solo la spesa dell'assistenza ospedaliera dei budget 2012 la riduzione dell'0,50 è applicabile con semplicità intuitiva.

Al contrario, per poter coprire, con la spesa consuntivata 2011 - ridotta dell'0,50% - anche il pagamento di costi ulteriori - ovvero estranei agli acquisti delle prestazioni dei budget dell'assistenza ospedaliera del 2012 - i privati devono "contenere" la spesa riservata ai loro acquisti 2012 delle prestazioni dei budget 2012 dell'assistenza ospedaliera per "far posto" - ovvero, ci consenta un'altra espressione gergale, lasciare spazio - anche a costi diversi e ulteriori.

Di qui la riduzione abnorme – oltre la misura dell'0,50 prevista dalla legge – del 6,8519.

Orbene, la legge sicuramente impone ai privati accreditati il sacrificio di dover subire una riduzione dell'0,50 delle prestazioni ospedaliere erogate nel 2011.

La legge certamente non impone, però, ai privati di farsi carico nel 2012 di un sacrificio ulteriore finalizzato a far sì che i soldi loro destinati per l'acquisto delle prestazioni ospedaliere devono essere ulteriormente diminuiti, del 6,8519 e non dell'0,50 imposto dalla legge, per coprire costi che con il volume delle prestazioni acquistate dai privati non c'entrano nulla.

Le funzioni e le riconversioni della rete ospedaliera attingono a costi che non c'entrano nulla con il volume delle prestazioni erogate dai privati.

I costi delle "funzioni" sono, come detto più volte, autonomi tanto da essere contabilizzati autonomamente; essi sono legati a costi di programmi assistenziali specifici indipendenti dal numero delle prestazioni erogate da soggetti erogati.

Negli stessi termini, anche i costi della riorganizzazione della rete ospedaliera prescindono completamente dall'erogazione delle prestazioni erogate dai soggetti privati accreditati.

La legge ha individuato chiaramente un limite numerico dell'0,50, entro il quale ritiene debba essere contenuto il volume e il costo delle prestazioni erogate dai privati.

Questo significa che la legge ritiene che le prestazioni ulteriori a questa percentuale sono comunque indispensabili per il sistema e non possono essere diminuite, pena l'abbassamento dei livelli minimi di assistenza.

Non è possibile ridurre il numero delle prestazioni oltre una misura massima, stabilita dalla legge, oltre la quale la riduzione delle prestazioni è incompatibile con le esigenze del sistema.

Istanza istruttoria

La fondatezza delle predette tesi è stata affermata anche dall'ordinanza del C.d.S. Sez. III n. 1350 del 2013 – richiamata dall'ordinanza della medesima Sez. n. 01711 del 2013, trasmessa dal C.d.S. in relazione al ricorso originario – che ha sollecitato un approfondimento relativo sia alla definizione in astratto ed in concreto della "spesa consuntivata per l'anno 2011" sotto vari profili,

Proprio in coerenza con quanto affermato dal C.d.S., si chiede a codesto Giudice di acquisire ogni chiarimento e documentazione utile al fine di accertare a quali spese realmente coincidono le voci di costo B02195 e B02220 del CE Consuntivato 2011, di cui alla motivazione del decreto n. 349 del 2012 (si veda il comma 21 della motivazione).

Infatti, è necessario accertare se è vero che l'Amministrazione ha inteso utilizzare le somme relative al volume delle prestazioni di cui al budget 2011 dell'assistenza ospedaliera per remunerare non solo il costo del volume delle prestazioni di cui al budget 2012 dell'assistenza ospedaliera ma anche il costo del 2012 relativo alle funzioni e alla riconversione della rete ospedaliera

Sull'illegittimità derivata e su un profilo di illegittimità proprio del decreto di determinazione dei budget 2014.

Come detto più volte, l'Amministrazione ha errato nella concreta applicazione delle percentuali di riduzione previste dalla l. n. 135 del 2012 rispetto al 2012 e, quindi, in via derivata rispetto al 2013 e 2014.

Tenuto conto che il calcolo del 2013 e 2014 si è comunque basato sull'importo del 2012 – erroneamente identificato – anche l'importo del 2013 e del 2014 è illegittimo.

Esiste, però, un profilo autonomo di illegittimità proprio del budget relativo al 2014.

L'art. 15 impone solo di applicare per il 2014 un'ulteriore riduzione dell'1,00 alla spesa consuntivata del 2011.

Come detto, però, l'Amministrazione, per il 2012, ha individuato un taglio superiore financo al 6,00 % perché ha ritenuto di dover utilizzare la spesa consuntivata del 2011 per pagare i costi dell'assistenza ospedaliera e di altri ulteriori costi relativi al 2012.

Trattasi di metodo completamente errato.

In ogni caso, se l'Amministrazione intendeva utilizzare correttamente questo metodo anche per il 2014, avrebbe dovuto dapprima applicare la riduzione dell'2% alla spesa consuntivata 2011 e poi verificare quali fossero le necessità e i

costi dell'assistenza ospedaliera e delle ulteriori attività che il suo metodo contempla per il 2014.

Solo dopo questa operazione sarebbe stato possibile individuare quale era il taglio reale che il metodo dell'Amministrazione – quantunque illegittimo – imponeva per il 2014.

VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI BUONA AMMINISTRAZIONE EX ART. 97 COST. E DEL DIRITTO ALLA SALUTE EX ART. 32 COST. VIOLAZIONE DEI PRINCIPI PROCEDIMENTALI DI CUI ALLA L. N. 241/90. VIOLAZIONE DELL'ART. 32 COMMA 8 DELLA LEGGE N. 449 DEL 27.12.1997, DELL'ART. 1 COMMA 32 DELLA L. 23.12.1996, N. 662, DELL'ART. 2 COMMA 8 DELLA L. 28 DICEMBRE 1995 N. 549 E DELL'ART. 8 QUINTES DEL D.lgs. N. 502/92. ECCESSO DI POTERE PER DIFETTO D'ISTRUTTORIA. ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO. ECCESSO DI POTERE PER CONTRADDITTORIETÀ E DIFETTO DI MOTIVAZIONE. VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI IMPARZIALITÀ EX ART. 97. VIOLAZIONE DELL'ART. 4 COMMA 12 DEL DLGS.VO N. 502/92 DELL'ART. 8 Quinquies DEL DLGS.VO N. 502/92. VIOLAZIONE DEL D.M. DEL 30.6.97. ECCESSO DI POTERE PER DISPARITÀ DI TRATTAMENTO. ECCESSO DI POTERE PER CONTRADDITTORIETA'.

Con questo motivo, si intende dimostrare che, comunque sia, l'Amministrazione nell'applicazione dei tetti di cui alla l. n. 135 del 2012 non ha rispettato i principi procedurali che devono presiedere alla loro determinazione.

Inoltre, non ha tenuto conto della speciale natura degli ospedali classificati.

Illegittimità – sotto il profilo dell'illegittimità derivata e sotto il profilo di vizio autonomo relativo al 2014 - della scelta di prevedere una medesima riduzione della spesa per il volume delle prestazioni in relazione a tutti i soggetti, prescindendo dalla dimensione del budget storico e dalla titolarità di specifici funzioni emergenziali da parte dei singoli soggetti considerati.

Come già detto, in relazione al budget 2012, sicuramente l'art. 15 prevede una riduzione complessiva della spesa dell'0,50 relativamente all'assistenza ospedaliera.

Orbene, all'interno di questa riduzione complessiva dell'0,50, la norma non esclude che, al fine di raggiungere questa riduzione complessiva dell'0,50, possono essere stabilite delle riduzioni fisse differenziate in relazione alle varie tipologie di soggetti erogatori; riduzioni differenziate che comunque consentano di raggiungere la riduzione complessiva dell'0,50.

In questo senso, non risponde ai più elementari canoni della logicità amministrativa prevedere una medesima riduzione dei tagli alla spesa in relazione a soggetti che hanno già dei budget storici relativi al volume delle prestazioni ospedaliere molto differenziati tra loro.

E' evidente, infatti, che soggetti, come l'ospedale ricorrente, che hanno dei budget molto alti hanno una riconosciuta e acclarata propensione ad attrarre utenza molto più ampia dei soggetti che hanno un budget molto più limitato; in virtù di questa maggiore propensione è evidente che un medesima riduzione dei tagli ha effetti negativi molto più ampi rispetto a coloro che hanno dei budget più alti rispetto a coloro che hanno dei budget ridotti.

Sotto un secondo profilo, si è già detto nel ricorso introduttivo della completa irrazionalità di gravare della medesima percentuale di riduzione sia i soggetti come l'ospedale ricorrente – titolari di "funzioni" importanti come quelle dell'emergenza – che i soggetti che sono completamente privi di funzioni.

E' evidente che i primi hanno una capacità attrattiva – determinata dall'esistenza della rete dell'emergenza – che non consente la medesima percentuale di riduzione dei soggetti che ne sono privi.

Il mancato rispetto dei predetti canoni di razionalità vicia sia la determinazione dei budget 2014, sia in via derivata – in virtù dell'illegittimità dei budget 2012 presupposti – sia in via autonoma.

Sulla violazione dei principi procedurali di cui alla l. n. 241/90, violazione dell'art. 32 comma 8 della legge n. 449 del 27.12.1997, dell'art. 1 comma 32

della l. 23.12.1996, n. 662, dell'art. 2 comma 8 della l. 28 dicembre 1995 n. 549 e dell'art. 8 quinquies del d.lgs. n. 502/92.

Come detto nel ricorso introduttivo, in relazione al budget 2012, le norme indicate in rubrica impongono una serie di vincoli procedurali in relazione a qualunque attività dell'Amministrazione che interferisce con la determinazione della remunerazione dei soggetti erogatori, ivi compresa l'applicazione delle riduzioni ex lege di cui si discute.

In sostanza, fermo restando il tetto massimo di sistema – nel caso di specie ridotto nelle percentuali previste dalla legge – le modalità con cui remunerare i vari soggetti erogatori, distribuendo tra di essi le risorse di cui al tetto sistema, deve comunque rispettare due principi fondamentali.

Innanzitutto, deve essere elaborato il piano delle prestazioni con le indicazioni regionali sulle attività – quantità e tipologie di prestazioni - da potenziare e depotenziare così da orientare la migliore scelta delle prestazioni future, evitando che il sistema si appiattisca su dati di produzione storica incapaci di selezionare le reali esigenze delle prestazioni necessarie per la popolazione.

Quindi, è necessario procedere ad una contrattazione con le associazioni e i soggetti erogatori fondamentale per individuare quali siano i soggetti rispetto ai quali è necessario prevedere un incremento delle quantità e delle tipologie di prestazioni, sulla base di valutazione comparative di costi e qualità.

Nel caso di specie, questi principi sono stati completamente disattesi sia in relazione al budget 2012 che in relazione al budget 2014.

Il mancato rispetto dei predetti canoni razionalità vizia sia la determinazione del budget 2014, sia in via derivata – in virtù dell'illegittimità del budget 2012 presupposti – sia in via autonoma.

Sull'illegittima equiparazione degli ospedali classificati alle case di cura private. Non è ammissibile che le differenze tra gli ospedali classificati e le case di cura private non vengano tenute in conto nelle determinazioni relative alle modalità di remunerazione.

Nel caso di specie, ad onta di questi principi, l'Amministrazione ha previsto una disciplina unica con cui ha equiparato le riduzioni da applicare alle case di cura private e agli ospedali classificati.

A tutto voler concedere, la differente disciplina degli ospedali classificati impone in relazione ad essi una riduzione dei tagli inferiore a quella prevista per le strutture private accreditate.

Il mancato rispetto del predetto principio vizia sia la determinazione dei budget 2014, sia in via derivata – in virtù dell'illegittimità dei budget 2012 presupposti – sia in via autonoma.

VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI BUONA AMMINISTRAZIONE EX ART. 97 COST. E DEL PRINCIPIO DELLA TUTELA DELLA SALUTE EX ART. 32 COST DELL'ART. 41 DELLA COSTITUZIONE SUL DIRITTO ALL'MPRESA. VIOLAZIONE DELL'ART. 8 COMMA 5 DEL DLGS.VO N. 502/92. VIOLAZIONE DELL'ART. 2 COMMA 9 DELLA L. N. 549 DEL 28 DICEMBRE 1995. ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO, ILLOGICITA' E DIFETTO DI ISTRUTTORIA.

Con questo motivo si intende contestare le modalità del funzionamento del sistema disciplinata dai provvedimenti impugnati – a prescindere dalla legittimità dei tetti, dalla loro misura e dalle modalità con cui sono stati individuati – perché essi prevedono una proposta d'accordo relativa alle modalità con cui si procede alla remunerazione contraria a quanto previsto dalla legge.

Sui requisiti richiesti minimi essenziali richiesti dalla legge per una proposta d'accordo.

a. La legge prevede che una proposta d'accordo, relativa alla remunerazione dei soggetti accreditati presso il SSN, può essere qualificata come tale solo qualora abbia dei requisiti minimi tali da consentire all'operatore privato di valutare la convenienza sulla base di parametri certi.

La giurisprudenza da sempre ha segnalato che il nuovo sistema sanitario deve comunque ispirarsi a dei criteri di leale collaborazione e di programmazione ancorata a principi di mercato (si vedano la sentenza la sentenza n. 2603/98 del

12.10.98 e la sentenza del Cons. Stato Sez. V, 11-08-2010, n. 5632 Casa di Cura "C.G.i" S.p.A. c. Regione Lombardia e altri, si vedano anche la sentenza della medesima Sez. V n. 4085/2010; la stessa Corte Costituzionale è intervenuta con la sentenza della Corte Cost. n. 416 del 28.7.1995).

Proprio tenuto conto che la programmazione economica della spesa sanitaria deve tener conto della natura imprenditoriale dei soggetti con cui stipulare gli accordi, l' 8 quinquies del dlgs.vo n. 502/1992 – come modificato ed integrato e citato nel comma 11 della motivazione – chiaramente prescrive che gli accordi devono fare riferimento "al volume massimo di prestazioni...distinto per tipologia e per modalità di assistenza " (comma 2 lettera a) e al "corrispettivo preventivato a fronte dell'attività concordata, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni...." (comma 2 lettera d).

Quindi, l'art. 8-sexies – relativo alla Remunerazione- prevede che 1. Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies e determinato...Ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture... le attività di cui al comma 4 (ndr: si tratta delle prestazioni per acuti e delle prestazioni ambulatoriali, per quel che rileva nel presente ricorso) sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione".

Le predette norme individuano, quindi, degli elementi essenziali per qualificare l'esistenza stessa di un proposta.

In sostanza, quantunque l'Amministrazione ha il potere di fissarne la misura della relativa remunerazione, la legge impone che, al fine dell'esistenza stessa di un proposta d'accordo che abbia i requisiti essenziali richiesti dalla legge, la proposta d'accordo deve parametrarsi ad elementi ben definiti costituiti da un budget determinato, dal volume massimo delle prestazioni, dal corrispettivo determinato dall'applicazione di tariffe determinate alle prestazioni e dalla remunerazione extratariffaria delle funzioni.

In assenza di una proposta che ha i requisiti essenziali di legge richiesti per la sua stessa esistenza, l'ospedale scrivente non è posto in condizioni di firmare l'

accordo (sulla natura essenziale dei predetti elementi identificativi del budget complessivo, la giurisprudenza è molto chiara Cons. Stato Sez. V Sent., 22-12-2008, n. 6485 Regione Lazio c. S.F.K.T.D.F.E.M. s.r.l., Cons. Stato Sez. V Sent., 20-10-2008, n. 5111 e TAR Lazio Sez. III n. 2364 del 27.3.2000)

Nel caso di specie non sussistono questi requisiti minimi, come si dimostra di seguito.

Sull'assenza di qualunque riferimento al numero delle prestazioni.

In questa sede giova segnalare che, a fronte delle norme poco sopra richiamate, il sistema stabilito dalla Regione - ad onta degli obiettivi di programmazione che si è prefissato - si limita solo a stabilire un tetto complessivo per l'ospedale ricorrente.

Si badi bene, però, che il predetto tetto non viene definito con riferimento al numero delle prestazioni effettivamente erogabili e remunerabili, ovvero non è la somma delle prestazioni assegnate moltiplicate per la tariffa predefinita.

Difettando di questa specifica previsione, il sistema si limita solo ad individuare un budget teorico.

Trattasi di budget teorico, perché - a prescindere dalla presenza del tetto - i soggetti sono tenuti ad erogare qualunque prestazione, anche se non remunerata.

Infatti, trattandosi di servizio pubblico, il soggetto erogatore non può comunque sottrarsi ad erogare la prestazione.

In questo senso, il sistema prevede che "... L'erogatore è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli eventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno fermo restando che le prestazioni erogate oltre il tetto massimo (Budget) non sono riconosciute con onere a carico del S.S.R." (trattasi di previsione specificamente prevista dal n. 9 del dispositivo del decreto n. 100 del 2013 e dall'art. 4 comma 3 dell'allegato A al decreto n. 183 del 2013).

Orbene, questa previsione è evidentemente contraddittoria.

L'ospedale è comunque obbligato ad erogare tutte le prestazioni richieste da chi ha diritto.

Tenuto conto che tutti i cittadini hanno diritto a richiedere le prestazioni, non si comprende come l'ospedale – pur essendo tenuto ad erogare tutte le prestazioni richieste – possa modularle in maniera omogenea e tale da rispettare il budget.

Insomma si è in presenza di tetti completamente rigidi inadeguati a tenere conto di tutte le prestazioni che si è obbligate ad erogare.

Quindi, l'ospedale ricorrente non conosce la remunerazione tariffaria predefinita, ovvero i ricavi, per ogni prestazione.

Non essendo definito il numero delle prestazioni che devono essere rese, non è dato sapere quale sia il numero delle prestazioni e per cui il tetto deve essere diviso.

Quindi, non è dato sapere quale sia la tariffa predefinita per numero di prestazioni; infatti, maggiore sarà il numero delle prestazioni che la struttura è costretta ad erogare, minore sarà, evidentemente, la misura della tariffa predefinita per ogni prestazione, ovvero dei ricavi.

VIOLAZIONE DEGLI ARTT.3, 31, 32 e 97 DELLA COSTITUZIONE. VIOLAZIONE DELL'ART. 8 QUINQUIES DEL DLGS.VO N. 502/1992. DELL'ART. 8 SEXIES DEL DLGS.VO N. 502/1992. DALL'ART. 2 COMMA 5 DEL D.M. DEL 15.12.94 DELL'ART. 3 COMMA 2 DEL D.M. DEL 30.6.97, LA CUI EFFICACIA È, COME GIÀ DETTO, RICHIAMATA DAL D.M. DEL 12.9.2006.ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO, DIFETTO DI PRESUPPOSTI, ILLOGICITA' E CONTRADDITTORIETA'. VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI BUONA AMMINISTRAZIONE EX ART. 97 COST. E DELLA TUTELA DELLA SALUTE EX ART. 32 COST. VIOLAZIONE DEL COMMA 2 DELL'ART. 8 QUINQUIES DEL DLGS.VO N. 502/92,

Con questa censura si intende innanzitutto contestare una previsione specifica contenuta nell'art. 4 comma lettera a) dell'allegato A al decreto n. 261 del 2014.

Inoltre si intende contestare che il sistema non preveda che le prestazioni in pronto soccorso non devono rientrare nei limiti del tetto in quanto devono essere remunerate con riferimento al loro integrale costo, a prescindere dall'esistenza di un tetto.

Le previsioni di cui decreto n. 261 del 2014 impugnato.

Il predetto art. 4 comma 1 prevede che "...nell'ambito della programmazione regionale delle attività ospedaliere per acuti, nella logica della integrazione pubblico-privato, e della solidarietà di sistema le strutture sono tenute a mettere a disposizione i posti letti richiesti per il ricovero di pazienti provenienti da PS/DEA nel periodo di particolare congestionamento del settore dell'emergenza ospedaliera segnalato, previo preavviso di almeno tre giorni, dallo stesso PS/DEA e dalla relativa Direzione Sanitaria: l'attività di cui sopra non potrà comunque superare il limite massimo del 20% dell'attività di ricovero consentita alla struttura stessa ed è ricompresa nei limiti del budget assegnato...".

Insomma, il sistema prevede che - nei periodi di particolare congestionamento dell'emergenza ospedaliera - i pazienti provenienti da PS/DEA devono essere obbligatoriamente ospitati dalle strutture a cui verrà richiesto.

E' evidente, quindi, che i pazienti ricoverati in PS/DEA di determinate strutture devono necessariamente essere dirottati ad altre strutture, tra cui quella dell'ospedale ricorrente, che sono dotati dei servizi di PS/DEA in grado di accoglierli.

L'erogazione delle relative prestazioni rientrerà comunque nel budget, anche se questi ricoveri potranno arrivare financo a raggiungere il limite massimo del 20% di quanto assegnato.

Gli effetti gravemente penalizzanti, per l'ospedale ricorrente, della previsione di cui si discute.

E' evidente che la previsione di cui si discute penalizza fortemente l'ospedale ricorrente dotato di PS/DEA.

Si badi bene che le strutture sono obbligate, ovvero "tenute", a metter a disposizione dei posti letto per rendere le prestazioni richieste.

A fronte di questo obbligo si presentano due scenari.

a. Sotto un primo profilo, c'è il rischio del seguente scenario.

Orbene, a fronte dell'obbligo di garantire un numero di ricoveri d'emergenza pari al 20%, si consideri la possibilità che la struttura ricorrente programmi la sua attività in misura tale da riservare e conservare sempre libera una quota dei suoi posti letto da destinarli alla predetta percentuale di ricoveri pari al 20% del 2012.

Tenuto conto del breve lasso di tempo, di tre giorni, concesso per predisporre i posti letto eventualmente richiesti, solo una programmazione così rigorosa consente alla struttura di far fronte alle richieste provenienti dalla rete dell'emergenza.

Vediamo quale è la conseguenza che determina questo scenario.

In questa ipotesi si deve considerare che la richiesta di ricoveri ulteriori, nella misura del 20% del 2012, è comunque una mera eventualità.

Ne consegue che, qualora questa eventualità non si verifici, la struttura avrà inutilmente riservato il 20% della sua capacità produttiva per delle prestazioni che poi non sono state richieste.

Quindi, in termini economici, la struttura avrà teoricamente beneficiato di un determinato budget, pari a quello del 2012, ma concretamente lo ha potuto utilizzare in una misura ridotta del 20%; il tutto al fine di potere essere pronta ad erogare prestazioni, pari al 20%, che, però, non si sono mai concretizzate.

Insomma, trattasi di budget indeterminato nei limiti di una percentuale che può arrivare al 20%.

b. Il secondo scenario prevede la possibilità che le prestazioni ulteriori, nella misura del 20%, vengano ulteriormente richieste nonostante che la struttura abbia già un carico di prestazioni che raggiunge i ricoveri per il 2014, al netto, quindi, dai ricoveri "imposti" dal congestionamento della rete di emergenza.

Trattasi proprio del caso dell'ospedale ricorrente, che dovrà comunque erogare le prestazioni di pronto soccorso di sua competenza - ovvero richieste dal grande bacino di utenza in cui insiste, a prescindere, cioè, da quelle richieste dall'intera rete dell'emergenza - e le prestazioni in elezione, a cui non potrà sottrarsi in quanto programmate sulla base di liste d'attesa molto risalenti.

Orbene - fermi restando i predetti ricoveri riconducibili alla sua normale capacità attrattiva - la struttura dovrà pure erogare i ricoveri ulteriormente

richiesti dal congestionamento della rete dell'emergenza, che possono raggiungere anche un livello massimo del 20% dei ricoveri del 2014.

Questo significa che la struttura ricorrente, quantunque raggiunga già da sé un numero di ricoveri pari a quelli del 2014, dovrà, comunque, accogliere un ulteriore numero di ricoveri, pari al 20%, eventualmente richiesti dal congestionamento della rete dell'emergenza.

Fin qui, la struttura non si sottrae certo ai suoi impegni derivanti dalla sua alta qualificazione.

L'elemento del sistema completamente illegittimo e penalizzante è costituito, però, dal fatto che la struttura ricorrente dovrà provvedere ai costi previsti per ospitare una maggiorazione del 20% dei pazienti, a risorse invariate.

In questo senso, l'attività di cui sopra non potrà comunque superare il limite massimo del 20% dell'attività della struttura della struttura stessa ed è ricompresa nei limiti del budget assegnato...

A fronte di una remunerazione invariata, c'è il rischio che la struttura deve sostenere i costi per un numero di prestazioni molto superiore, anche del 20%, con conseguente riduzione degli utili nelle medesima misura del 20%.

Quindi, c'è il rischio che le ulteriori prestazioni nella misura del 20% saranno erogate gratuitamente, ovvero senza la previsione di una specifica remunerazione, con un ricavo pari a zero.

In questo caso ad essere indeterminato è la misura degli utili complessivi che può arrivare financo ad una riduzione pari al 20%.

In sintesi, il nuovo sistema previsto per gli ospedali dotati di PS/DEA produce i seguenti effetti alternativi.

O impone alla struttura di esporsi al rischio di utilizzare il proprio budget in una misura ridotta financo del 20%, rispetto a quello teoricamente attribuito; il tutto con conseguente indeterminatezza del budget nei limiti massimi di questa percentuale.

O impone - nell'ipotesi più verosimile rispetto all'ospedale ricorrente - alla struttura di utilizzare per intero il proprio budget, ma rispetto ad un numero di prestazioni superiore financo del 20%; in questo caso si genera un

indeterminatezza ancora più grave, avente per oggetto la possibilità che queste ulteriori prestazioni siano erogate con un ricavo pari a zero e una riduzione della misura degli utili che può diminuire fino del 20%.

Quindi, per queste strutture, il sistema remunerativo rischia di essere molto peggiorativo rispetto a quanto previsto per le altre strutture.

Infatti, il predetto sistema prevede un trattamento differenziato in relazione alle varie strutture, penalizzando specificamente quelle che dispongono di un servizio di emergenza PS/DE, che, peraltro, impongono alle strutture che ne sono dotate dei costi supplementari.

Orbene, in presenza di questi ulteriori costi, è completamente irrazionale e contrario ai principi di efficienza amministrativa e di tutela del diritto alla salute un sistema che penalizza le strutture dotate dei predetti servizi di emergenza.

Di più non esiste – ai sensi del parametro costituzionale di cui all'art. 3 – nessuna ragione che giustifica un trattamento differenziato e deteriore a danno di queste strutture dotate dei servizi di emergenza.

Al contrario, i costi dei servizi di emergenza giustificerebbe l'applicazione di un sistema remunerativo più vantaggioso per le predette strutture.

Sulla illegittimità dell'applicazione dei tetti alle prestazioni derivanti da accessi in pronto soccorso e sulla loro remunerazione in base al costo integrale della prestazione.

Invero, le prestazioni d'emergenza non solo non possono essere private di alcuna remunerazione – seppure nei limiti del 20% dei ricoveri – ma devono essere remunerate per intero e al di fuori di qualunque tetto rigido e predeterminato.

Si consideri, infatti, che la lettera b) del comma 2 dell'art. 8 quinquies fa riferimento alla "... remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse dell'accordo...", laddove si intende specificare che le funzioni non sono remunerate con budget fisso, vincolato ad un numero di prestazioni predefinite e ad una tariffa.

L'art. 8 sexies comma 1 prevede che, "Ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al

comma 2 sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le attività di cui al comma 4 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione".

Tra le attività di cui al comma 2 rientrano le "...e) attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato...".

E' evidente, quindi, che queste previsioni intendono prescrivere che per le funzioni dell'emergenza non vi è un tetto predefinito - legato alle prestazioni e alla tariffa - ma una remunerazione basata sul costo standard.

Questa impostazione è confermata dall'art. 2 comma 5 del D.M. del 15.12.94 dall'art. 3 comma 2 del D.M. del 30.6.97, la cui efficacia è, richiamata dal d.m. del 12.9.2006.

L'art. 2 comma 5 del D.M. del 1994 prevede che "Le regioni e le province autonome, per l'erogazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera relative alle attività di emergenza, di terapia intensiva, di trapianto di organi (ivi comprese quelle relative all'espianto degli organi stessi), di assistenza ai grandi ustionati e, eventualmente, alle attività di altri servizi obbligatori individuati dalla programmazione nazionale e regionale, nonché per lo svolgimento di attività di didattica nell'ambito del servizio sanitario nazionale, possono prevedere programmi finalizzati di finanziamento regionale" (trattasi di normativa ancora vigente).

E' evidente, quindi, che le prestazioni di emergenza devono essere oggetto di uno specifico finanziamento regionale.

Procedendo oltre, l'art. 3 comma 2 del decreto del 30.6.1997 - la cui efficacia è, come già detto, richiamata dal d.m. del 12.9.2006 - ha prescritto che "le Regioni e le Province autonome determinano l'entità dei finanziamenti da riconoscere alle strutture di ricovero che ne abbiano titolo, in quanto erogano le attività descritte al comma 1 (ovvero, per quel che a noi interessa, "...le attività di emergenza ed urgenza..." di cui alla lettera a dell'art. 3 comma 1 ndr), sulla base dei seguenti costi correlati al volume ed alla tipologia delle attività erogate: costi del personale direttamente impiegato, costi dei materiali consumati, costi

della manutenzione e dell'ammortamento delle apparecchiature utilizzate e una quota dei costi generali."

E' evidente, quindi, che le suddette norme hanno disposto l'integrale pagamento delle prestazioni d'emergenza senza alcuno dei limiti di budget di cui al decreto impugnato.

Precise disposizioni di legge prevedono, quindi, il ristoro integrale delle spese sostenute per le prestazioni d'emergenza.

Anzi, giova sottolineare che la suddetta disposizione del decreto del 30.6.97 non si limita a considerare i costi del materiale e del personale impiegato, ma considera anche i costi della manutenzione e dell'ammortamento delle apparecchiature utilizzate ed a quote dei costi generali; in questi costi si consideri pure il rilievo che hanno le analisi diagnostiche, veramente molto costose.

I motivi di questa previsione sono legati, innanzitutto, al particolare costo dei servizi in questione, così come determinato dal costo delle relative strutture e impianti, che incide in maniera particolare sui costi generali; in più, le attrezzature utilizzate per i servizi di emergenza sono esposte al rischio di una rapida obsolescenza, tale da determinare una forte lievitazione dei relativi costi di manutenzione e ammortamento, appunto considerati dal decreto.

Incostituzionalità dell'art. 8 quinquies e sexies del dlgs.vo n. 502/92 per violazione dell'art. 41 e dell'art. 97 della costituzione.

Fin qui, la descrizione del sistema di pagamento con tetto alla remunerazione delle prestazioni di emergenza e della sua illegittimità in riferimento alla normativa vigente specificamente riservata a questa tipologia di prestazioni.

Qualora, però, questa illegittimità - determinata dall'esistenza di una disciplina specifica sulle prestazioni d'emergenza che prevede la remunerazione integrale di tutti i costi sostenuti per le tutte le prestazioni rese - non fosse accolta, si eccipisce l'incostituzionalità dell'art. 8 quinquies e dell'art. 8 sexies del dlgs.vo n. 502/1992, nella parte in cui prevedono che la remunerazione delle prestazioni di emergenza è soggetta a dei tetti complessivi - basati sulle prestazioni e le

relative tariffe – e non ai costi di produzione comunque da remunerare integralmente.

Si inizia con il precisare che le prestazioni d'emergenza rappresentano delle prestazioni rispetto alle quali i soggetti erogatori, in ragione della loro gravità non possono certamente sottrarsi dall'erogarle.

L'obbligo inderogabile di erogare tutte le prestazioni di emergenza deriva da precisi vincoli dell'ordinamento.

Si consideri, inoltre, la qualifica di incaricato di pubblico servizio che consegue al rapporto concessorio conseguente all'erogazione di servizi per il S.S.N; nel caso di specie, tenuto conto della natura pubblicistica degli ospedali classificati, da tempo la giurisprudenza ha affermato che "Deve riconoscersi la qualifica di pubblico ufficiale al medico primario di una casa di cura appartenente ad un ente religioso quando detta casa di cura sia classificata come ospedale ed inserita come tale nel ssn" (si veda la sentenza della Cass. Sez. IV del 22.2.2007).

Insomma, i medici che esercitano presso la struttura degli ospedali ricorrenti sono qualificati come pubblici ufficiali.

Tale essendo la natura degli ospedali classificati è evidente che essi non possono in alcun modo sottrarre all'erogazione di prestazioni d'emergenza, pena l'irrogazione di gravi sanzioni penali.

Le predette argomentazioni consentono di affermare che per le prestazioni d'emergenza si invoca l'incostituzionalità degli articoli citati in rubrica affinché l'alta Corte dichiari la loro incostituzionalità nella parte in cui essi consentono una remunerazione delle prestazioni d'emergenza non vincolata ai costi e al numero delle prestazioni realmente eseguite.

Come già detto la Corte Costituzionale ha affermato che il sistema di remunerazione del servizio sanitario per essere conforme al principio di buona amministrazione ex art. 97 deve rispettare i "...principi di economicità e di

mercato e collaborazione e programmazione organizzativa..." (si veda la sentenza della C.C. n. 416 del 1995).

Quindi, come già detto, la Corte Costituzionale ha ripetutamente affermato che il sistema di remunerazione è esente da censure di incostituzionalità rispetto all'art. 41 ogniqualvolta non risulta "...comprovata la compromissione di ogni margine di utile, quindi la lesione della libertà di iniziativa economica..." (si veda la sentenza n. 94/2009), ovvero quando assicura un "...ridotto, ma ragionevole margine di utile..." (si veda la sentenza n. 279/2006)

Nel caso di specie, il mancato ristoro di tutti i costi delle prestazioni d'emergenza, che l'ospedale è costretto comunque ad erogare, esclude evidentemente in radice la possibilità di realizzare qualunque utile, con evidente violazione dell'art. 41 della costituzione.

VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI BUONA AMMINISTRAZIONE. ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO. VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI BUONA AMMINISTRAZIONE EX ART. 97 COST. ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO. ECCESSO DI POTERE DIFETTO D'ISTRUTTORIA.

Con questo motivo si intende censurare il decreto n. 261 del 204 nella parte in cui ha specificato che nei tetti di cui si discute sono previste anche le prestazioni rese ai soggetti residenti fuori regione (si veda il comma 1 dell'art. 4 dell'allegato A). E' evidente che si tratta di previsione illegittima.

Infatti, le predette prestazioni sono pagate dalle altre Regioni.

Ne consegue che esse non incidono sulle risorse finanziarie della Regione e la loro inclusione nei tetti non è coerente e logica rispetto all'obiettivo del contenimento della spesa sanitaria regionale di cui ai decreti impugnato.

Inoltre, essendo pagate dalle altre Regioni a tariffa piena, non c'è ragione alcuna per cui le prestazioni erogate a cittadini di altre Regioni non vengano pagate allo stesso modo ai soggetti erogatori.

In questo senso, la sentenza del TAR Puglia Sez. I n. 2691 del 5.6.2002 ha affermato che "E' illegittimo il provvedimento adottato da un'azienda usl di abbattimento e di modifica delle tariffe per le prestazioni sanitarie rese a soggetti non residenti nella regione."

VIOLAZIONE DELL'ART.9 DEL D.L. N. 203 DEL 30.9.2005, CONVERTITO IN L. N. 248 DEL 2.12.05, E CONFERMATO DAI COMMI 71 E 72 DELL'ART. 2 DELLA L. N. 191/2009 (LEGGE FINANZIARIA 2010) E DALL'ART. 17 COMMA 3 DEL D.L. N. 98 DEL 2011, COME MODIFICATO ED INTEGRATO. ECCESSO DI POTERE PER DISPARITA DI TRATTAMENTO E DIFETTO DI PRESUPPOSTI.

Con questo motivo si intende contestare la previsione di cui all'art. 7 dell'allegato A al decreto n. 261 del 2014, secondo cui "Il corrispettivo così definito è omnicomprensivo e remunerativo di ogni onere, costo e spesa che l'Erogatore dovrà sostenere per l'esercizio delle Prestazioni Sanitarie".

La predetta previsione è illegittima nella parte in cui non prevede anche a favore degli ospedali classificati l'attribuzione di finanziamenti specifici per ristorarli dei costi sostenuti per il pagamento dei rinnovi contrattuali e dell'indennità di esclusiva da riconoscere ai propri dipendenti.

a. Per comprendere il corretto funzionamento della disciplina in epigrafe, è necessario fare riferimento alle modalità con cui lo Stato concorre alla spesa sanitaria delle Regioni.

Il decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, all'articolo 39, comma 1, demanda al CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza Stato - Regioni, l'assegnazione annuale alle Regioni e alle Province autonome delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente; l'articolo 115, comma 1, lett. a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, dispone che il riparto delle risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenga previa intesa con la Conferenza Stato - Regioni.

Giova però sottolineare che, ai sensi dall'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, l'accesso delle Regioni al finanziamento integrativo a carico dello Stato è stato subordinato alla stipula di un accordo in sede di Conferenza - stato Regioni avente ad oggetto una serie di obblighi delle Regioni finalizzati al contenimento della spesa sanitaria.

E' importante, ancora, precisare che la lettera e comma 3 del predetto articolo pur prevedendo "il vincolo di crescita delle voci dei costi di produzione... secondo modalità che garantiscano che, complessivamente, la loro crescita non

sia superiore, a decorrere dal 2005, al 2 per cento annuo rispetto ai dati previsionali indicati nel bilancio dell'anno precedente (ul netto di eventuali costi di personale di competenza di precedenti esercizi)", ha chiaramente disposto "l'esclusione di quelli per il personale cui si applica la specifica normativa di settore."

Insomma, è chiaro che i costi legati alla disciplina di settore, ovvero ai rinnovi contrattuali – ivi inclusa l'indennità di esclusiva – non sono soggetti a provvedimenti di contenimento della spesa.

Tale chiarimento consente di comprendere meglio il contenuto dell'art. 9 del d.l. n. 203 del 30.9.2005.

L'articolo 9 prevede quanto segue.

" 1...a decorrere dal biennio economico 2006-2007... per le regioni al cui finanziamento concorre lo Stato, nel rispetto della propria autonomia contabile, costituisce obbligo ai fini dell'accesso al finanziamento...la costituzione di accantonamenti nel proprio bilancio delle somme necessarie alla copertura degli oneri derivanti dal rinnovo dei contratti collettivi nazionali per il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale (SSN) e degli accordi collettivi nazionali per il personale convenzionato con il SSN, nell'ambito del proprio territori..."

2.... per l'anno 2005, per le regioni al cui finanziamento concorre lo Stato, nel rispetto della propria autonomia contabile, costituisce obbligo...la costituzione di accantonamenti nel proprio bilancio delle somme necessarie alla copertura degli oneri derivanti dal rinnovo dei contratti collettivi nazionali dell'area della dirigenza medico-veterinaria, dell'area della dirigenza dei ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo e del personale del comparto del SSN, biennio economico 2004-2005...."

Il comma 71 dell'art. 2 della legge finanziaria n. 191/2009 ha confermato la vigenza di questa previsione. "Fermo restando quanto previsto al comma 16, per gli enti del Servizio sanitario nazionale continua a trovare applicazione l'obbligo contabile disposto dall'articolo 9, comma 1, del decreto-legge 30 settembre 2005, n. 203, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 dicembre 2005, n. 248"; anzi,

il comma 72 del medesimo art. 2 prevede che gli oneri contrattuali non saranno considerati rilevanti ai fini del contenimento della spesa.

Da ultimo il comma 21 dell'art. 15 del d.l. n. 95 del 2012 ha stabilito che Il comma 3 dell'articolo 17 del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98 convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111 è sostituito dai seguenti: «3. Le disposizioni di cui all'articolo 2, commi 71 e 72, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 si applicano anche in ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015».

Insomma, è evidente che – a decorrere dal biennio economico 2004 – 2005 e proseguendo, a regime, dal 2006 – 2007 sino al 2012 e, successivamente, dal 2012 al 2015 - le predette norme hanno previsto delle forme specifiche di finanziamento riservate a coprire i costi degli oneri derivanti dal rinnovo dei contratti collettivi nazionali – ivi compresi quelli relativi all'indennità di esclusiva prevista per la dirigenza medica - per il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale (SSN) e per il personale convenzionato con il SSN. Trattasi di previsione specifica e tassativa, tant'è che è previsto uno specifico accantonamento.

Orbene, le predette disposizioni devono essere interpretate nel senso che la Regione deve predisporre anche per gli ospedali religiosi un accantonamento relativo agli oneri per i rinnovi contrattuali dei proprie dipendenti, ivi compresi i rinnovi contrattuali relativi all'indennità di esclusiva della propria dirigenza medica.

a.1 In questo senso, abbiamo detto che il nostro ordinamento - con l'art. 8 quinquies del dlgs.vo n. 50 del 1992 - prevede che i medesimi strumenti, ovvero i medesimi accordi per la remunerazione, riguardano sia le strutture pubbliche che le strutture pubbliche equiparate , appunto, agli ospedali classificati.

Insomma, il nostro ordinamento prevede una completa identità degli strumenti che regolano la remunerazione degli ospedali pubblici e degli ospedali classificati.

Si ricorderà che si tratta di una disciplina che si basa sul medesimo strumento, ovvero l'accordo previsto dall'art. 8 quinquies del dlgs.vo n. 50 del 1992.

Si ricorderà anche gli ospedali classificati hanno il medesimo obbligo degli ospedali pubblici di erogare tutte le prestazioni richieste.

A fronte di questa identità formale e sostanziale, consegue necessariamente l'identità di strumenti di finanziamento cosicché che i fondi previsti dalle predette previsioni, relativi al finanziamento degli oneri per i dipendenti, riguardano sia i presidi pubblici che gli ospedali classificati, ad essi equiparati.

Se così non fosse, verrebbe violato la ratio della normativa che prevede un'omogeneità di trattamento tra strutture pubbliche ed equiparate.

La migliore conferma di questa interpretazione è data dall'attività della Conferenza Stato – Regione.

In data 22.3.2001, la predetta Conferenza ha previsto un tavolo di monitoraggio per la "verifica delle spese relative ai costi per l'esclusività di rapporto per l'anno 2001, relativamente agli ospedali classificati, IRCCS, Aziende miste e Policlinici Universitari".

In data 8 agosto 2001, la predetta Conferenza che ha chiaramente previsto, al punto 17, uno specifico riferimento, nell'ambito delle risorse di cui al punto 6, alle "...risorse per far fronte ai maggiori oneri relativi alle spese per l'esclusività di rapporto per gli ospedali classificati..."; al punto 6 dell'Accordo vengono definiti i finanziamenti del SSN per gli anni 2002, 2003 e 2004 e vengono previste delle somme aggiuntive (per le finalità di cui al punto 17, fra gli altri) di 2.000 miliardi per l'anno 2002 e 2003 e 1.500 per il 2004 (come è noto l'indennità di esclusività è una voce specifica degli oneri contrattuali; quindi, sin dal 2001 – ovvero successivamente all'introduzione del sistema di remunerazione a tariffa, di cui al dlgs.vo n. 502/1992 - il nostro ordinamento ha previsto il finanziamento di voci contrattuali delle retribuzioni dei dipendenti degli ospedali classificati).

In data 16.12.2004, la predetta Conferenza ha sancito l'intesa per la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale 2003, ivi compresa la quota di cui alla lettera c) della delibera del CIPE n. 8 del 14.3.2003, relativa all'indennità per l'esclusività del rapporto.

Trattasi di determinazioni che provengono dall'organo più autorevole, ovvero da quella Conferenza Stato – Regione deputata, ai sensi dall'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, a individuare una serie di obblighi delle Regioni, finalizzati al contenimento della spesa sanitaria, condizionanti

l'accesso delle Regioni al finanziamento integrativo a carico dello Stato; tra questi obblighi vi è proprio l'accantonamento delle somme di cui si discute, previsto dal citato art. 9 del d.l. n. 203 del 30.9.2005, convertito in l. n. 248 del 2.12.05, e confermato dai commi 17 e 71 della l. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010).

Nel medesimo senso, si consideri anche l'attività del CIPE, che, si ricorderà, costituisce l'organo deputato, ai sensi del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, articolo 39, comma 1, all'assegnazione annuale alle Regioni e alle Province autonome delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente. Ebbene, la delibera n. 8 del 14.3.2003 – già richiamata – ha previsto, in relazione alla determinazione della quota di parte corrente del Servizio Sanitario Nazionale relativa al 2003, l'accantonamento di euro 147.416.940 per il finanziamento dell'esclusività di rapporto per l'anno 2001, relativamente agli ospedali classificati, IRCCS, Aziende miste e Policlinici Universitari; quindi la delibera n. 205 del 3.9.2005 ha deciso quanto segue: "A valere sull'accantonamento previsto dalla delibera CIPE 15 marzo 2003, n. 8, è ripartita tra le Regioni interessate la somma di euro 147.416.940 per il finanziamento dell'esclusività di rapporto per l'anno 2001, relativamente agli ospedali classificati, IRCCS, Aziende miste e Policlinici Universitari"; per la Regione Lazio era prevista la somma di 36.079.239.

a.2 Peraltro, sotto diverso profilo, si consideri ancora che le predette norme prevedono che le forme di finanziamento di cui si discute riguardano anche i costi degli accordi collettivi nazionali per il personale convenzionato con il SSN (in relazione alla copertura dei costi relativi agli accordi nazionali con il personale del S.S.N. si consideri pure l'art. 79 della 133/2008).

Trattasi, quindi, dei medici convenzionati completamente estranei alle strutture pubbliche che non sono incardinati nelle strutture pubbliche.

A maggior ragione questi fondi devono essere previsti per gli ospedali classificati che – secondo la definizione della legge e della giurisprudenza – sono equiparati, ovvero "consustanziali" al S.S.N. e alle Aziende Ospedaliere.

b. Procedendo oltre, la Regione Lazio ne ha più volte manifestato la sua volontà a favore del riconoscimento degli oneri contrattuali e dell'indennità di esclusiva.

Si consideri che l'accordo specificamente approvato tra l'ospedale ricorrente e la Regione, in data 30.7.2004, garantiva espressamente il riconoscimento dei costi relativi all'indennità di esclusiva e agli oneri per i rinnovi contrattuali.

Inoltre gli accordi relativi alla remunerazione 2004-2005 e alla remunerazione 2006 prevedevano espressamente il riconoscimento dei costi relativi all'indennità di esclusiva e agli oneri per i rinnovi contrattuali, subordinando però il loro effettivo finanziamento da parte dei Ministeri competenti a livello nazionale.

Infine, la mozione del Consiglio Regionale n. 101 del 17.5.2006 ha impegnato la Giunta "...ad individuare, nel bilancio di previsione regionale, lo stanziamento necessario alla copertura degli oneri derivanti, per i bienni 2004 - 2005 e 2006 - 2007, dal rinnovo dei contratti collettivi nazionali ...e degli accordi collettivi nazionali per il personale...degli ospedali classificati...".

In sintesi, l'ordinamento della Regione Lazio ha già da tempo applicato l'equiparazione tra presidi pubblici e ospedali classificati anche alla materia dei rinnovi contrattuali.

Inoltre, da ultimo, il contenuto della lettera g dello schema d'accordo approvato dal decreto n. 69/2010 - relativo alla remunerazione del 2010 - per il tramite del rinvio all'intesa Regione - ARIS prevede che "Per quanto riguarda gli oneri contrattuali e l'indennità di esclusiva viene ribadito che gli stessi non possono essere oggetto del presente accordo" .

Quindi, la Regione, con il decreto n. 69/2010 ha rinviato qualunque decisione circa la disciplina delle predetti voci.

Le ragioni di questo rinvio sono riportate dall'Intesa tra Regione Lazio e ARIS, approvata dal comma 2 del dispositivo del decreto n. 69/2010.

Nel comma 5 della motivazione dell'Intesa si legge, infatti, che "...la presente intesa non pregiudica i diritti vantati dalle strutture equiparate in ragione ai rinnovi contrattuali e indennità di esclusività medica per il personale medico dirigenziale e sulla natura giuridica degli ospedali classificati...;la Regione

ribadisce che la questione sollevata relativa agli oneri per i rinnovi contrattuali verrà affrontata solo in caso di trasferimento di risorse da parte del Governo.”

In sostanza, la Regione ancora nel 2010 non ha assolutamente affermato che agli ospedali ricorrenti non devono essere attribuite le somme di cui si discute.

Ha solo affermato che il riconoscimento delle predette somme è condizionato all'erogazione delle necessarie risorse da parte del Governo.

c. Sulla base di queste argomentazioni è evidente che la Regione in presenza di questi accantonamenti previsti dalla legge ha l'obbligo di emanare un provvedimento che riconosca gli oneri contrattuali, ivi compresa l'indennità di esclusiva, come voci della remunerazione delle prestazioni relative al 2013.

Incostituzionalità insubordinato, per violazione degli artt. 97 e 3 cost., dell'9 del d.l. n. 203 del 30.9.2005, convertito in l. n. 248 del 2.12.05, e confermato dai commi 17 e 71 della l. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010),

Qualora si ritenesse che le predette norme non estendano il beneficio del finanziamento degli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali – ivi compresa l'indennità di esclusiva - anche agli ospedali classificati, è evidente che ci sono fondate ragioni per affermare la sua incostituzionalità.

a. Innanzitutto, è evidente che, tenuto conto dell'equiparazione tra strutture pubbliche e ospedali classificati, la mancata previsione dei finanziamenti a favore di questi ultimi determina una disparità di trattamento e una violazione dell'art. 3 della Cost.,

In questo senso si consideri che la Corte costituzionale ha ritenuto che la legittimità di ogni incentivazione economica deve essere valutata accertando se “...si fonda su un criterio di ragionevolezza e persegue finalità costituzionalmente apprezzabili...” (si veda la sentenza della C.Cost. n. 1066 del 1988).

In più, ha ripetutamente affermato la necessità di garantire situazioni omogenee, tant'è che “...l'estensione di agevolazioni a categorie di soggetti non contemplate dalla disciplina di favore può ritenersi costituzionalmente necessitata solo, ove accertata la piena omogeneità delle situazioni poste a raffronto, lo esiga il tertium comparationis.” (si veda l'ord.za della Corte Costit. n. 194 del 13.6.2000).

Nel caso di specie, è lo stesso ordinamento ad affermare inequivocabilmente l'equiparazione tra strutture pubbliche ed ospedali classificati.

Ne consegue, quindi, l'incostituzionalità delle predette norme, nella parte in cui non prevedono gli accantonamenti anche a favore degli ospedali classificati, in violazione dell'art. 3 della Cost.

b. Sotto un secondo profilo, si consideri, poi, che, come detto più volte, la stessa Corte Costituzionale, nella sentenza citata più sopra, ha affermato che il sistema di remunerazione di cui si discute deve " ...correttamente attuato secondo principi di economicità e di mercato e con una responsabile collaborazione e programmazione organizzativa... ".

E' evidente, quindi, che – in presenza di una medesima equiparazione e dei medesimi costosi oneri organizzativi - le norme di cui si discute non possono prevedere dei diversi ausili finanziari, relativi ai costi dei rinnovi contrattuali, ivi compresa l'indennità di esclusiva.

Se così fosse, la norme sopraspecificate determinerebbero un grave effetto distorsivo della concorrenza e dell'economia di mercato nella parte in cui il sistema sanitario continua a garantire ai presidi pubblici una serie finanziamenti aggiuntivi – sopra citati – non previsti per gli ospedali classificati che – in virtù dell'equiparazione – sostengono i medesimi costi relativi al rinnovo degli oneri contrattuali e dell'indennità di esclusiva.

L'effetto distorsivo di sistema è evidente.

L'ospedale classificato è gravato da una serie di ulteriori costi organizzativi che egli è comunque costretto a sostenere in virtù dell'equiparazione.

In più, l'ospedale classificato come l'ospedale pubblico è gravato dall'onere di erogare tutte le prestazioni richieste, con tutto quello che ne consegue in relazione all'aumentare esponenziale degli oneri per il personale.

Ebbene, rispetto a questi costi gli ospedali pubblici possono beneficiare di specifici ausili per il rinnovo degli oneri contrattuali, ivi compresa l'indennità di esclusiva.

Trattasi evidentemente di una situazione di assoluto privilegio rispetto agli ospedali classificati.

Situazione di assoluto privilegio che danneggia l'ospedale ricorrente erogatore, contrasta con i principi di economia di mercato – con quel che ne consegue circa la libera scelta degli utenti in relazione alla possibilità di usufruire di prestazioni efficienti – e i principi costituzionale di cui all'art 97, che la Corte Costituzionale ha richiamato anche in relazione al sistema di remunerazione dei soggetti erogatori del S.S.N.

P. Q. M.

Si chiede che codesto Ecc.mo Tribunale accolga il presente ricorso, annullando i provvedimenti impugnati.

Ove necessario sollevi la questione di incostituzionalità dell'art. 8 quinquies e sexies del dlgs.vo n. 502/92 per violazione dell'art. 41 e dell'art. 97 della costituzione.

Ove necessario sollevi la questione di costituzionalità dell'art. 9 del d.l. n. 203 del 30.9.2005, convertito in l. n. 248 del 2.12.05, dell'art. 2 commi 71 e 72 della l. n. 191/2009 e dell'art. 17 comma 3 del d.l. n. 98 del 2011, come modificato ed integrato, per violazione degli art. 3 e 97 Costit.

Il tutto con ogni conseguenza di legge, anche in ordine alle spese.

Il sottoscritto comunica, altresì, che intende ricevere ogni comunicazione relativa a detto giudizio ai seguenti recapiti: fax 06/8551844, e-mail certificata: silviobozzi@ordineavvocatiroma.org.

Si dichiara che il valore della presente controversia è indeterminabile e pertanto si assolve mediante il versamento del contributo unificato di € 650,00.

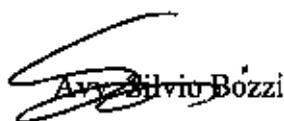
Roma, 14 novembre 2014


(Avv. Silvio Bozzi)

RELATA DI NOTIFICAZIONE

Ad istanza dell' "Istituto Figlie di San Camillo" - Ospedale "Madre Giuseppina Vannini", in persona del rappresentante come in atti, io sottoscritto Avv. Silvio Bozzi, a tanto autorizzato con delibera del Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Roma n. 92/2008, ho notificato - ai sensi della L. 21/1/1994 n. 53, previa iscrizione al n. 1549 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato - i suestesi motivi aggiunti innanzi al TAR Lazio (Ric. 993/2013) al **Commissario delegato al Piano di rientro per il disavanzo del Settore Sanitario della Regione Lazio**, rappresentato e difeso dall'Avvocatura Generale dello Stato e domiciliato per legge in Roma, Via dei Portoghesi, 12, CAP 00186, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. 76529954106-2, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 39 - in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 14 novembre 2014


Avv. Silvio Bozzi



previa iscrizione al n. 1550 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato - i suestesi motivi aggiunti innanzi al TAR Lazio (Ric. 993/2013) al **Commissario delegato al Piano di rientro per i disavanzi del Settore Sanitario della Regione Lazio**, presso la sua sede in Roma alla via Cristoforo Colombo, 212, CAP 00145, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. 76529954105-1, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 39 - in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 14 novembre 2014

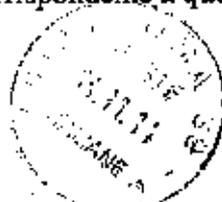

Avv. Silvio Bozzi



previa iscrizione al n. 1551 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato - i suestesi motivi aggiunti innanzi al TAR Lazio (Ric. 993/2013) alla **Regione Lazio**, in persona del rappresentante legale *pro - tempore*, rappresentata e difesa dall'Avv. Roberta Barone (dell'Avvocatura Regionale) ed elettivamente domiciliata in Roma alla via Marcantonio Colonna, 27, CAP 00192, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. 76529954098-3, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 39 - in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 14 novembre 2014


Avv. Silvio Bozzi



previa iscrizione al n. 1552 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – i suestesi motivi aggiunti innanzi al TAR Lazio (Ric. 993/2013) alla **Provincia Italiana della Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione - Istituto Dermopatico dell'Immacolata**, in persona del rappresentante legale pro-tempore, nella sua sede sita in via Monti di Creta, n. 104 - CAP 00167, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. 76529954097-2, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 39 – in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 14 novembre 2014


Avv. Silvio Bozzi



previa iscrizione al n. 1553 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – i suestesi motivi aggiunti innanzi al TAR Lazio (Ric. 993/2013) alla **AUSL Roma/C**, in persona del rappresentante legale pro tempore, rappresentata e difesa dagli Avv.ti Barbara Bentivoglio, Gabriella Mazzoli e Maria Cristina Tandoi ed elettivamente domiciliata presso l'Avv. Barbara Bentivoglio in Roma, in via Primo Carnera, 1 - CAP 00142, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. 76529954102-8, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 39 – in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 14 novembre 2014


Avv. Silvio Bozzi



previa iscrizione al n. 1554 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – i suestesi motivi aggiunti innanzi al TAR Lazio (Ric. 993/2013) al **Ministero della Salute**, in persona del rappresentante legale pro – tempore, rappresentato, difeso e domiciliato presso gli uffici dell'Avvocatura Generale dello Stato, siti in Roma in Via Dei Portoghesi n. 12 - CAP 00186, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. 76529954096-1, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 39 – in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 14 novembre 2014


Avv. Silvio Bozzi



previa iscrizione al n. 1555 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – i suestesi motivi aggiunti innanzi al TAR Lazio (Ric. 993/2013) al **Ministero dell'Economia e delle Finanze**, in persona del rappresentante legale pro – tempore, rappresentato, difeso e domiciliato presso gli uffici dell'Avvocatura Generale dello Stato, siti in Roma in Via Dei Portoghesi n. 12 - CAP 00186, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. **76529954095-0**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 39 – in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 14 novembre 2014

Avv. Silvio Bozzi



previa iscrizione al n. 1556 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – i suestesi motivi aggiunti innanzi al TAR Lazio (Ric. 993/2013) al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali**, in persona del rappresentante legale pro – tempore, rappresentato, difeso e domiciliato presso gli uffici dell'Avvocatura Generale dello Stato, siti in Roma in Via Dei Portoghesi n. 12 - CAP 00186, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. **76529953276-7**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 39 – in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 14 novembre 2014

Avv. Silvio Bozzi



previa iscrizione al n. 1557 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – i suestesi motivi aggiunti innanzi al TAR Lazio (Ric. 993/2013) alla **Presidenza del Consiglio dei Ministri**, in persona del rappresentante legale pro – tempore, rappresentato, difeso e domiciliato presso gli uffici dell'Avvocatura Generale dello Stato, siti in Roma in Via Dei Portoghesi n. 12 - CAP 00186, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. **76529954094-9**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 39 – in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 14 novembre 2014

Avv. Silvio Bozzi





Posteitaliane

EP098-EP049 - Mod. 22 A3 - MOD. 04001 (exvs) 10 - SI (Ed. 03/04)

Accettazione **RACCOMANDATA** RICEVUTA
È vietato introdurre denaro e valori nella raccomandata: Poste Italiane SpA non ne risponde

Si prega di compilare a cura del mittente a macchina o in stampatello

DESTINATARIO

Regione Lazio in persona del rappresentante legale p.t. rappresentata e difesa dall'Avv. Roberta Barone ed elettivamente domiciliata presso gli uffici legali della Regione Lazio via Marcantonio Colonna, 27 00192 Roma

MITTENTE

Avv. SILVIO BOZZI
Viale Regina Margherita, 1 - 00198 Roma
Tel. 06.8559602 - 06.8551812 Fax 06.8551844
P. IVA 10198720582 - C.F. BZZ SILV 66H03A783M

E-mail: recchia@mcilink.it
PEC:silvio.bozzi@ordineavvocatiroma.org

SERVIZI ACCESSORI RICHIESTI
Contrassegnare la casella interessata

1551

Fraz. 55288 Sez. 3 Operaz. 0038
Causale: AG 14/11/2014 09:11
Peso gr.:124 Tariffa € 8,95 Affr.€ 8,95
Serv. Agg.: AR
Cod. AR: 766814697646
TASSE

Posteitaliane

EP098-EP049 - Mod. 22 A3 - MOD. 04001 (exvs) 10 - SI (Ed. 03/04)

Accettazione **RACCOMANDATA** RICEVUTA
È vietato introdurre denaro e valori nella raccomandata: Poste Italiane SpA non ne risponde

Si prega di compilare a cura del mittente a macchina o in stampatello

DESTINATARIO

Commissario delegato al Piano di rientro per i disavanzi del Settore Sanitario della Regione Lazio presso la sede Via Cristoforo Colombo, 212 00145 Roma

MITTENTE

Avv. SILVIO BOZZI
Viale Regina Margherita, 1 - 00198 Roma
Tel. 06.8559602 - 06.8551812 Fax 06.8551844
P. IVA 10198720582 - C.F. BZZ SILV 66H03A783M

E-mail: recchia@mcilink.it
PEC:silvio.bozzi@ordineavvocatiroma.org

SERVIZI ACCESSORI RICHIESTI
Contrassegnare la casella interessata

1550

Fraz. 55288 Sez. 3 Operaz. 0036
Causale: AG 14/11/2014 09:09
Peso gr.:123 Tariffa € 8,95 Affr.€ 8,95
Serv. Agg.: AR
Cod. AR: 766814697635
TASSE



Posteitaliane

EP098-EP049 - Mod. 22 A3 - MOD. 04001 (exvs) 10 - SI (Ed. 03/04)

Accettazione **RACCOMANDATA** RICEVUTA
È vietato introdurre denaro e valori nella raccomandata: Poste Italiane SpA non ne risponde

Si prega di compilare a cura del mittente a macchina o in stampatello

DESTINATARIO

*Plou, u. via il sole, casa della signora...
Via Montedisoni, 100 - 00198 Roma*

MITTENTE

Avv. SILVIO BOZZI
Viale Regina Margherita, 1 - 00198 Roma
Tel. 06.8559602 - 06.8551812 Fax 06.8551844
P. IVA 10198720582 - C.F. BZZ SILV 66H03A783M

E-mail: recchia@mcilink.it
PEC:silvio.bozzi@ordineavvocatiroma.org

SERVIZI ACCESSORI RICHIESTI
Contrassegnare la casella interessata

1552

Fraz. 55288 Sez. 3 Operaz. 0035
Causale: AG 14/11/2014 09:08
Peso gr.:124 Tariffa € 8,95 Affr.€ 8,95
Serv. Agg.: AR
Cod. AR: 766814697657
TASSE

59

N. Raccomandata

76529954096-1

**Posteitaliane**

EP016-EP016B - Mod. 22 AG - MOD. 0401 (previsto) - SL (Ed. 03/04)

Accettazione **RACCOMANDATA**

RICEVUTA

È vietato introdurre denaro e valori nella raccomandata: Poste Italiane SpA non ne risponde

Si prega di compilare a cura del mittente a macchina o in stampatello

Ministero della Salute in persona del Ministro p.t. rappresentato,
difeso e domiciliato c/o l'Avvocatura Generale dello Stato
Via dei Portoghesi, 12
00186 Roma

C.A.P. _____ COMUNE _____ PROV. _____

MITTENTE

VIA / PIAZZA

Avv. SILVIO BOZZI

N° CIV.

C.A.P. **Viale Regina Margherita, 1 - 00198 Roma** PROV. _____

SERVIZI ACCESSORI RICHIESTI
Contrassegnare la casella interessata

Tel. 06.8559602 - 06.8551812 Fax 06.8551844
E-mail: recchia@mclink.it

PEC: silvobozzi@ordineavvocatiroma.org

Fraz. 55288 Sez. 3 Operaz. 0033
Causale: AG 14/11/2014 09:06
Peso gr.: 124 Tariffa € 8,95 Affr. € 8,95
Serv. Agg.: AR
Cod. AR: 766814697679

TASSE

N. Raccomandata

76529954102-8

**Posteitaliane**

EP016-EP016B - Mod. 22 AG - MOD. 0401 (previsto) - SL (Ed. 03/04)

Accettazione **RACCOMANDATA**

RICEVUTA

È vietato introdurre denaro e valori nella raccomandata: Poste Italiane SpA non ne risponde

Si prega di compilare a cura del mittente a macchina o in stampatello

AUSL Roma/C, in persona del rappresentante legale pro tempore,
rappresentata e difesa dagli Avv. ti Barbara Bentivoglio, Gabriella
Mazzoli e Maria Cristina Tandoi ed elettivamente domiciliata presso
l'Avv. Barbara Bentivoglio in Roma
via Primo Camera, 1
00142 Roma

PROV. _____

Avv. Silvio Bozzi

Viale Regina Margherita, 1 - 00198 Roma

MITTENTE Tel. 06.8559602 - 06.8551812 - Fax 06.8551844

E-mail: recchia@mclink.it

VIA / PIAZZA

PEC: silvobozzi@ordineavvocatiroma.org

N° CIV.

E-mail: recchia@mclink.it

E-mail: 10198720582 - C.F. BZZ SLV 66H03 A783M

C.A.P. _____ COMUNE _____ PROV. _____

SERVIZI ACCESSORI RICHIESTI
Contrassegnare la casella interessata

 A.R.

Fraz. 55288 Sez. 3 Operaz. 0034
Causale: AG 14/11/2014 09:07
Peso gr.: 124 Tariffa € 8,95 Affr. € 8,95
Serv. Agg.: AR
Cod. AR: 766814697795

TASSE

N. Raccomandata

76529954095-0

**Posteitaliane**

EP016-EP016B - Mod. 22 AG - MOD. 0401 (previsto) - SL (Ed. 03/04)

Accettazione **RACCOMANDATA**

RICEVUTA

È vietato introdurre denaro e valori nella raccomandata: Poste Italiane SpA non ne risponde

Ministero dell'Economia e delle Finanze in persona del Ministro p.t.
Rappr.to, difeso e domiciliato c/o l'Avvocatura Generale dello Stato
Via dei Portoghesi, 12
00186 Roma

C.A.P. _____ COMUNE _____ PROV. _____

MITTENTE

VIA / PIAZZA

Avv. SILVIO BOZZI

N° CIV.

C.A.P. **Viale Regina Margherita, 1 - 00198 Roma** PROV. _____

Tel. 06.8559602 - 06.8551812 Fax 06.8551844

E-mail: recchia@mclink.itPEC: silvobozzi@ordineavvocatiroma.org

Fraz. 55288 Sez. 3 Operaz. 0032
Causale: AG 14/11/2014 09:05
Peso gr.: 124 Tariffa € 8,95 Affr. € 8,95
Serv. Agg.: AR
Cod. AR: 766814697680

TASSE

N. Raccomandata

76529954106-2



Posteitaliane

EP006-EP049 - Mod. 22 AG - MOD. 0400 (prev. 10) - SI (1) Ed. 03/04

Accettazione **RACCOMANDATA**

RICEVUTA

È vietato introdurre denaro e valori nella raccomandata; Poste Italiane SpA non ne risponde

Si prega di compilare a cura del mittente a macchina o in stampatello

DESTINATARIO

Commissario delegato al Piano di rientro per il disavanzo del Settore Sanitario della Regione Lazio domiciliato ex legge c/o l'Avvocatura Generale dello Stato
Via dei Portoghesi, 12
00186 Roma

MITTENTE

Avv. SILVIO BOZZI
Viale Regina Margherita, 1 - 00198 Roma
Tel. 06.8559602 - 06.8551812 Fax 06.8551844
P-IVA 10198720582 - C. F. BZZ SLV 66H03 A783M
E-mail: recchia@mclink.it

SERVIZI ACCESSORI RICHIESTI
Contrassegnare la casella interessata

PEC: silvio.bozzi@ordineavvocatiroma.org

Fraz. 55288 Sez. 3 Operaz. 0037
Causale: AG 14/11/2014 09:10
Peso gr.: 124 Tariffa € 8,95 Affr. € 8,95
Serv. Agg.: AR
Cod. AR: 766814697624

TASSE

N. Raccomandata

76529953276-7



Posteitaliane

EP006-EP049 - Mod. 22 AG - MOD. 0400 (prev. 10) - SI (1) Ed. 03/04

Accettazione **RACCOMANDATA**

RICEVUTA

È vietato introdurre denaro e valori nella raccomandata; Poste Italiane SpA non ne risponde

Si prega di compilare a cura del mittente a macchina o in stampatello

DESTINATARIO

Ministero della Giustizia e della Pubblica Amministrazione
Ufficio per i rapporti giudiziari con uffici Avvocatura Generale dello Stato
Via dei Portoghesi, 12
00186 Roma

MITTENTE

Avv. SILVIO BOZZI
Viale Regina Margherita, 1 - 00198 Roma
Tel. 06.8559602 - 06.8551812 Fax 06.8551844
P-IVA 10198720582 - C. F. BZZ SLV 66H03 A783M
E-mail: recchia@mclink.it

SERVIZI ACCESSORI RICHIESTI
Contrassegnare la casella interessata

PEC: silvio.bozzi@ordineavvocatiroma.org

Fraz. 55288 Sez. 3 Operaz. 0031
Causale: AG 14/11/2014 09:04
Peso gr.: 124 Tariffa € 8,95 Affr. € 8,95
Serv. Agg.: AR
Cod. AR: 766822546115

TASSE

N. Raccomandata

76529954084-9



Posteitaliane

EP006-EP049 - Mod. 22 AG - MOD. 0400 (prev. 10) - SI (1) Ed. 03/04

Accettazione **RACCOMANDATA**

RICEVUTA

È vietato introdurre denaro e valori nella raccomandata; Poste Italiane SpA non ne risponde

Si prega di compilare a cura del mittente a macchina o in stampatello

DESTINATARIO

Presidenza del Consiglio dei Ministri in persona del rappresentante legale p.t. rappr.to, difeso e domiciliato c/o l'Avvocatura Generale dello Stato
Via dei Portoghesi, 12
00186 Roma

MITTENTE

Avv. SILVIO BOZZI
Viale Regina Margherita, 1 - 00198 Roma
Tel. 06.8559602 - 06.8551812 Fax 06.8551844
P-IVA 10198720582 - C. F. BZZ SLV 66H03 A783M
E-mail: recchia@mclink.it

SERVIZI ACCESSORI RICHIESTI
Contrassegnare la casella interessata

PEC: silvio.bozzi@ordineavvocatiroma.org

Fraz. 55288 Sez. 3 Operaz. 0030
Causale: AG 14/11/2014 09:03
Peso gr.: 125 Tariffa € 8,95 Affr. € 8,95
Serv. Agg.: AR
Cod. AR: 766814697705

TASSE



Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 28 luglio 2014, n. U00248

Definizione del limite massimo delle risorse assegnabili per l'anno 2014 alle strutture erogatrici di prestazioni ospedaliere (acuti - post acuti) con onere a carico del SSR

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

Oggetto: Definizione del limite massimo delle risorse assegnabili per l'anno 2014 alle strutture erogatrici di prestazioni ospedaliere (acuti – post acuti) con onere a carico del SSR

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

VISTI per quanto riguarda i poteri:

- la Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;
- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 e s.m.i.;
- il Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale n.1 del 6 settembre 2002 e s.m.i.;
- l'art. 1, comma 174, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311 e s.m.i.
- DGR n. 66 del 12 febbraio 2007 e n. 149 del 6 marzo 2007;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Giunta Regionale del Lazio, Nicola Zingaretti, è stato nominato Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di Rientro Sanitario della Regione Lazio;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 17 dicembre 2013, con cui il Dott. Renato Botti è stato nominato Sub-Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario Regionale della Regione Lazio;

ATTESA la necessità di procedere, per l'anno 2014, alla definizione del limite massimo delle risorse assegnabili alle strutture private erogatrici di prestazioni ospedaliere con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR);

CONSIDERATO che, avendo maturato nel tempo disavanzi di gestione non ripianabili entro il 31 maggio 2006 ed avendo accertato un livello di indebitamento del settore sanitario di rilevante consistenza, la Regione Lazio si è trovata nella condizione di dover stipulare l'accordo previsto nell'art. 1 comma 180 della Legge 311/2004 (legge finanziaria 2005) 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, con l'individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1, comma 180 della L. 30 dicembre 2004 n. 311, approvato con DGR. n. 149 del 6 marzo 2007;

VISTO l'art. 2, commi da 67 a 105 della Legge 23 dicembre 2009 n. 191 ed, in particolare, il comma 88, il quale prevede il mantenimento della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di Rientro, secondo Programmi Operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad Acta*;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e ss.mm.ii., recante il "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*", il quale - nel prevedere norme attuative da parte del Governo centrale e di quello regionale - ha ribadito l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

TENUTO CONTO, in proposito, di quanto disposto dal comma 8 dell'art. 8 *quater* del citato D.Lgs 502/1992, secondo cui, in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le Regioni e le Unità Sanitarie Locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all'art. 8 *quinquies*, sono tenute a porre a carico del servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della Programmazione Nazionale;

VISTO, quindi, il DCA 80/2010, avente ad oggetto la *"Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale"*;

PRESO ATTO delle avvenute intese di riconversione/riorganizzazione sottoscritte con le strutture private ai sensi di quanto previsto dal citato DCA 80/2010 e ratificate con relativi decreti commissariali;

TENUTO CONTO, ai fini della determinazione del predetto limite massimo di risorse assegnabili alle strutture erogatrici, di quanto disposto dalla L. 135/2012 (cd. *spending review*), di conversione in legge del D.L. 95/2012 e recante *"... modificazioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"*;

PRESO ATTO, a tale riguardo, di quanto previsto anche nei Programmi Operativi 2013 - 2015, adottati con il DCA 480/2013, *"a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dei disavanzi sanitari della Regione Lazio"*;

TENUTO CONTO, tuttavia, che, con nota prot. n. 1007/CZ del 21 marzo 2014, il Commissario ad Acta e il Sub-Commissario hanno trasmesso ai Ministeri competenti la proposta di Programmi Operativi 2013 - 2015, formulata dalla Regione Lazio in sostituzione dei precedenti;

CONSIDERATO, comunque, che la giurisprudenza amministrativa (*ex pluribus*, Cons. di Stato, sez. III, n. 1582/2014; Cons. di Stato, sez. V, n. 5847/2008; TAR Lazio, Roma, sez. III, n. 1911/07, che richiama, tra l'altro, Cons. di Stato, sez. V, n. 499/2003) ha rappresentato come la fissazione dei tetti di spesa costituisca oggetto di atto autoritativo di esclusiva competenza regionale e rappresenti un preciso e ineludibile obbligo dettato da insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica e che il provvedimento con il quale si fissa il tetto massimo per le prestazioni erogate da privati non viola il legittimo affidamento dei titolari delle strutture accreditate;

RILEVATO, poi, che la recente giurisprudenza amministrativa ha precisato che: *"... Alle Regioni è stato pertanto affidato il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti alla spesa sanitaria, in coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell'ambito di una pianificazione finanziaria. Alla stregua di detta disciplina spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni"* (Cons. Stato, Adun. Plen., 3/2012);

VISTO l'art. 8 *quater*, comma 2 del D.Lgs. 502/1992, il quale prevede che *"la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di*

cui al suddetto art. 8 quinquies”;

VISTA la nota prot. n. 349309 del 18.06.2014, con cui, ai fini della definizione dei limiti massimi di risorse assegnabili per l'anno 2014, l'Area Sistema di Remunerazione e Verifica e Controllo Attività Sanitaria ha chiesto alla competente Area Autorizzazione e Accreditemento – Completamento Adempimenti Legge 12/2011 *“l'elenco delle strutture che hanno titolo ad erogare prestazioni di assistenza ospedaliera con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale, anche tenendo conto di quanto previsto dal DCA 426/2013 e dalle verifiche effettuate dalla Aziende Sanitarie Locali competenti”;*

PRESO ATTO della nota prot. n. 36290/GR/11/16 del 25 giugno 2014, con cui, nel riscontrare la suindicata nota, l'Area Autorizzazione e Accreditemento – Completamento Adempimenti Legge 12/2011 ha rappresentato che *“è in corso di completamento il percorso di conferma dell'autorizzazione e di accreditemento istituzionale che dovrà, ai sensi dell'art. 7, comma 1 bis della L. 15/2014, concludersi entro il 31 ottobre 2014”;*

CONSIDERATO, comunque, che, nell'occasione, la citata Area ha comunicato che *“le strutture private accreditate a cui è stato assegnato il budget nell'anno 2013 hanno, anche per l'anno 2014, titolo ad erogare prestazioni con onere a carico del Servizio sanitario Regionale in quanto provvisoriamente accreditate oppure in possesso del DCA di accreditemento definitivo”;*

PRESO ATTO del Decreto del Ministero della Salute del 18 ottobre 2012, pubblicato in G.U. n. 23 del 28 gennaio 2013 - Supplemento Ordinario n. 8, recante la *“Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza medica post – acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”;*

PRESO ATTO conseguentemente del DCA 310/2013, avente ad oggetto *l'“Approvazione del tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera D.M. 18.10.2012”;*

TENUTO CONTO, inoltre, di quanto disposto dall'art. 8 quinquies, comma 2, lett. e-bis) del D.Lgs. 502/1992, secondo cui *“le modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato”;*

VISTI:

- il DCA 437/2013, recante il *“Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2013 - 2015”;*
- la DGR 157/2014, avente ad oggetto il *“Regolamento regionale: modalità di integrazione nel sistema di prenotazione unico regionale (ReCUP) delle agende delle prestazioni specialistiche erogate dalle strutture private e/o classificate accreditate istituzionalmente (Legge regionale 22 aprile 2011 n. 6”;* con cui è stabilito di intervenire sulle liste d'attesa

anche attraverso l'estensione del sistema ReCUP regionale;

VISTO il DCA 40/2012, di modifica e integrazione del DCA n. 58/2009, relativo al Sistema dei Controlli dell'attività sanitaria ospedaliera e specialistica;

VISTO, poi, il DCA 115/2014, di definizione budget provvisori 1 semestre 2014 delle strutture private erogatrici di prestazioni con onere SSR, Ospedali Classificati, IRCCS privati e Policlinici Universitari non statali;

PRESO ATTO degli incontri tenuti nella sede della Regione Lazio con gli Ospedali Classificati, le Associazione di Categoria delle strutture private accreditate e gli I.R.C.S.S. privati, in cui sono stati esposti dalla Regione i criteri per la definizione dei livelli massimi di finanziamento in oggetto (*cf.* verbali prot. nn. 392679 e 392696 dell'8 luglio 2014);

TENUTO CONTO che, con note prot. nn. 398148 e 398182 del 10.07.2014, con cui, nell'inoltrare i citati verbali, la Regione Lazio ha rappresentato ai suindicati Ospedali, Associazioni e I.R.C.C.S. che era in corso di definizione il Decreto del Commissario ad Acta con cui si sarebbe proceduto alla determinazione di detto limite massimo, in ordine alla quale si ribadivano, ad ogni buon conto, i seguenti criteri, indicati nei medesimi verbali:

ACUTI

Risorse assegnabili anno 2014 = risorse assegnate anno 2013 - 2%.

RIABILITAZIONE

Risorse assegnabili anno 2014 = risorse assegnate anno 2013

LUNGODEGENZA

Risorse assegnabili anno 2014 = Applicazione della tariffa di cui al DCA 310/2013 ai posti letto contrattualizzati nel 2013 con tasso di occupazione pari al 90%";

RILEVATO che, nell'occasione, è stato precisato che, relativamente alle prestazioni sanitarie di riabilitazione di cui al cod. 75, si sarebbe rinviato a successivo provvedimento *"la determinazione del livello massimo di risorse assegnabili per l'anno 2014, nelle more delle risultanze dei lavori del tavolo tecnico regionale, costituito in collaborazione con l'AGENAS, per la rivisitazione sia dei criteri di accesso alle strutture, sia delle tariffe delle prestazioni erogate"*;

VISTO l'art. 15, comma 13, lett. c) della citata L. 135/2012 (cd. *spending review*), il quale ha stabilito che *"sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati, entro il 31 ottobre 2012, con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, ..., le regioni ... adottano ... provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni ..."*;

CONSIDERATO che, nell'ambito della rete ospedaliera proposta nei nuovi Programmi Operativi 2013 - 2015 (*cf.* pag. 30), l'offerta complessiva dei posti letto per prestazioni di riabilitazione e lungodegenza è pari a $(0,07 + 0,61) = 0,68$ per mille abitanti, inferiore, quindi, al fabbisogno fissato dalla normativa nazionale;

PRESO ATTO, quindi, di quanto testè riscontrato;

VISTO, relativamente al limite massimo di risorse assegnate per l'anno 2013 alle strutture private per l'erogazione di prestazioni ospedaliere, il DCA 100/2013 e ss.mm.ii (cfr. DCA nn. 365/2013, 435/2013, 7/2014, 146/2014 e 214/2014);

RITENUTO, quindi, di procedere alla definizione del limite massimo delle risorse assegnabili per l'anno 2014 per l'erogazione di prestazioni ospedaliere con onere a carico del SSR da parte delle strutture private accreditate, degli Ospedali Classificati e degli I.R.C.S.S. privati, per gli importi di cui ai prospetti adottati al presente provvedimento, che, in allegato, ne costituiscono parte integrante (cfr. All. n. 1 - Acuti 2014, All. n. 2 - Riabilitazione 2014 e All. n. 3 - Lungodegenza 2014);

TENUTO CONTO che, per la remunerazione delle prestazioni in oggetto, si applicheranno le tariffe di cui al citato DCA 310/2013;

TENUTO CONTO, altresì, di quanto disposto dal citato DCA 115/2014, nella parte in cui è stabilito che *"l'attività ospedaliera erogata dalle Case di cura private erogatrici di prestazioni con onere SSR, individuata con il codice "5" e/o "6", dall'01.01.2014, non sarà più posta a carico del Servizio Sanitario Regionale"*;

RITENUTO che i budget annuali 2014, di cui al presente decreto, ricomprendono comunque la produzione erogata nei mesi precedenti alla determinazione dei budget medesimi;

CONSIDERATO, altresì, che, nel caso in cui si registrasse a consuntivo 2014 una spesa per l'acquisto da prestazioni ospedaliere da privato inferiore all'obiettivo previsto in applicazione della citata L. 135/2012 (€/mln 1.248), le economie saranno distribuite dalla Regione nell'ambito dei comparti in funzione del relativo peso economico;

PRESO ATTO che i limiti massimi di assegnazione delle risorse di cui al presente decreto sono comprensivi anche delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extracomunitari);

CONSIDERATO che la Regione si riserva espressamente la facoltà di rettificare tali limiti massimi sulla scorta delle eventuali osservazioni avanzate dai ministeri affiancanti e che gli stessi, potranno in ogni caso subire, nel loro complesso, delle modificazioni in considerazione degli eventuali provvedimenti di razionalizzazione/contenimento della spesa emanati a livello regionale e/o nazionale;

RIBADITO che la definizione e l'attribuzione dei limiti massimi anzidetti rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la normativa vigente in materia;

RIBADITO, altresì, che qualsiasi provvedimento di sospensione e/o revoca dell'accreditamento è idoneo a determinare l'automatica sospensione e/o revoca dell'attribuzione del livello massimo di risorse assegnabili, con la conseguenza che, a far data dalla notificazione del relativo provvedimento di sospensione e/o revoca, la struttura interessata non potrà più erogare prestazioni

con onere a carico del SSR;

TENUTO CONTO che le strutture sono tenute all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto, modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno, fermo restando che le prestazioni erogate oltre il livello massimo (Budget) non sono riconosciute con onere a carico del SSR;

CONFERMATO, infatti, che alle strutture sarà riconosciuta la produzione entro il livello massimo assegnato, da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte in applicazione della normativa nazionale e regionale vigente, con particolare riferimento a quella sui controlli;

DATO ATTO che per la complessiva riorganizzazione le competenti Aziende sanitarie dovranno vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate e accreditate;

RITENUTO di rinviare, per quel che concerne il contratto/accordo per l'anno 2014 e le relative procedure di sottoscrizione, a quanto disciplinato nel Decreto del Commissario ad Acta avente ad oggetto "*Modifiche e/o integrazioni allo schema di accordo/contratto di cui al DCA 183/2013*;

CONSIDERATO che si procederà, con successivo provvedimento, alla definizione del limite massimo di risorse da assegnare per l'anno 2014 ai Policlinici Universitari non statali, posto che, a tal fine, sono ancora in corso incontri con gli stessi;

TENUTO CONTO del Decreto Cautelare Presidenziale n. 3131/2014 dell'08.07.2014 di sospensione dell'efficacia del DCA 214/2014, con cui, nel dare attuazione al DCA 128/2014, sono stati rideterminati i limiti massimi di risorse assegnabili per acuti all'Ospedale Israelitico per gli anni dal 2007 al 2013 compresi;

CONSIDERATO che sussiste una notevole differenza in termini economici tra il limite massimo di risorse originariamente assegnate all'Ospedale Israelitico per l'anno 2013 con il DCA 100/2013 e quello oggetto del DCA 214/2014;

RAVVISATA, quindi, la opportunità, a titolo prudenziale, di assumere a riferimento per l'anno 2014, il limite massimo di risorse assegnabili all'Ospedale Israelitico per l'anno 2013, come ridefinito dal citato DCA 214/2014 in complessivi € 20.316.102 (residenti e non), fatta salva ogni ulteriore determinazione all'esito dell'udienza cautelare per l'esame di detto provvedimento al 04.08.2014;

DECRETA

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

- 1) che, in applicazione dei criteri di definizione e delle tariffe indicati nella suesposta narrativa, i limiti massimi di finanziamento delle risorse assegnabili per l'anno 2014 alle strutture private per l'erogazione di prestazioni sanitarie ospedaliere sono quelli di cui ai prospetti adottati con il presente provvedimento, i quali, in allegato, ne costituiscono parte integrante (*cfr.* All. n. 1 - Acuti 2014, All. n. 2 - Riabilitazione 2014 e All. n. 3 -

Lungodegenza 2014);

- 2) che, con riferimento alla sola definizione dei limiti massimi di finanziamento delle risorse assegnabili per l'anno 2014 in ordine all'erogazione di prestazioni sanitarie di riabilitazione di cui al cod. 75, si procederà con successivo provvedimento nelle more delle risultanze dei lavori del tavolo tecnico regionale, costituito in collaborazione con l'AGENAS, per la rivisitazione sia dei criteri di accesso alle strutture, sia delle tariffe delle prestazioni erogate;
- 3) che gli importi di cui ai sopracitati allegati potranno subire delle modificazioni, in considerazione degli eventuali provvedimenti di razionalizzazione/contenimento della spesa emanati sia livello regionale e/o che nazionale;
- 4) che i budget annuali 2014, di cui al presente decreto, ricomprendono comunque la produzione erogata nei mesi precedenti alla determinazione dei budget medesimi;
- 5) che i limiti massimi annuali di cui al presente decreto sono comprensivi anche delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extracomunitari);
- 6) che, nel caso in cui si registrasse a consuntivo 2014 una spesa per l'acquisto da prestazioni ospedaliere da privato inferiore all'obiettivo previsto in applicazione della citata L. 135/2012 (€/mln 1.248), le economiche saranno distribuite dalla Regione nell'ambito dei comparti in funzione del relativo peso economico;
- 7) che la Regione si riserva, comunque, espressamente la facoltà di rettificare i limiti massimi di cui al presente decreto, sulla scorta delle eventuali osservazioni avanzate dai Ministeri affiancanti;
- 8) che la definizione e l'attribuzione dei limiti massimi rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR, nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la normativa vigente di riferimento;
- 9) che deve intendersi confermato il disposto di cui al DCA 115/2014, nella parte in cui è stabilito che *"l'attività ospedaliera erogata dalle Case di cura private erogatrici di prestazioni con onere SSR, individuata con il codice "5" e/o "6", dall'01.01.2014, non sarà più posta a carico del Servizio Sanitario Regionale"*;
- 10) che qualsiasi provvedimento di sospensione e/o revoca dell'accreditamento è idoneo a determinare l'automatica sospensione e/o revoca dell'attribuzione del livello massimo di risorse assegnabili, con la conseguenza che, a far data dalla notificazione del relativo provvedimento di sospensione e/o revoca, la struttura interessata non potrà più erogare prestazioni con onere a carico del SSR;
- 11) che le strutture private sono tenute all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno fermo restando che le prestazioni erogate oltre il livello massimo non sono riconosciute con onere a carico del SSR;
- 12) che alle strutture private viene riconosciuta la produzione entro il livello massimo assegnato, da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte in

applicazione della normativa nazionale e regionale vigente, con particolare riferimento a quella relativa ai controlli;

- 13) che per la complessiva riorganizzazione le competenti Aziende Sanitarie dovranno vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate e accreditate;
- 14) di rinviare, per quel che concerne il contratto/accordo per l'anno 2014 e le relative procedure di sottoscrizione a quanto disciplinato nel Decreto del Commissario ad Acta avente ad oggetto "*Modifiche e/o integrazioni allo schema di accordo/contratto di cui al DCA 183/2013*";
- 15) di prevedere, in caso di mancata sottoscrizione dei suddetti accordi, l'applicazione dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, D.Lgs. 502/1992;
- 16) che si procederà, con successivo provvedimento, alla definizione del limite massimo di risorse da assegnare per l'anno 2014 ai Policlinici Universitari non statali, posto che, a tal fine, sono ancora in corso incontri con gli stessi;
- 17) di assumere a riferimento per l'anno 2014 il limite massimo di risorse assegnabili all'Ospedale Israelitico per l'anno 2013, come ridefinito dal citato DCA 214/2014 in complessivi € 20.316.102 (residenti e non), fatta salva ogni ulteriore determinazione all'esito dell'udienza cautelare per l'esame di detto provvedimento al 04.08.2014.

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

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regione Lazio.

NICOLA ZINGARETTI

Allegato 1 - Acuti 2014

COA	DENOMINAZIONE		BUDGET 2014
101	120079	Villa Domella	5.759.248
101	120083	Villa Valeria	4.473.314
101	120084	Villa Tiberia	14.638.610
101	120105	Marco Polo	2.580.220
101		TOTALE ASL RMA	27.451.392
102	120132	Guarnieri	11.945.833
102	120166	Nuova Itor	12.321.616
102	120104	Villa Fulvia	2.217.479
102		TOTALE ASL RMB	26.484.928
103	120089	Neurological Centre of Latium	2.792.953
103	120116	San Luca	3.143.246
103	120143	Concordia Hospital	3.902.914
103	120155	Chirurgia Addominale all'Eur	4.562.780
103	120157	Fabia Mater	10.179.586
103	120169	Annunziata	4.562.780
103		TOTALE ASL RMC	29.144.259
104	120113	Villa Pia	6.867.587
104	120171	Citta' di Roma	12.562.353
104	120173	European Hospital	13.689.274
104	120191	Merry House	1.962.572
104	120910	San Raffaele Pisana	4.614.299
104		TOTALE ASL RMD	39.696.085
105	120097	Villa Aurora	5.250.583
105	120115	Santa Famiglia	7.499.347
105	120159	Nuova Villa Claudia	4.350.269
105	120163	San Feliciano	10.277.663
105	120180	Aurelia Hospital	23.767.919
105		TOTALE ASL RME	51.145.781
106	120140	Siligato	1.992.183
106		TOTALE ASL RMP	1.992.183
108	120096	Madonna delle Grazie	9.806.903
108	120134	Sant'Anna	10.319.628
108	120176	Istituto Neurotraumatologico Italiano	15.596.009
108	120280	San Raffaele Montecompatri	1.775.040
108	120082	Villa delle Querce	3.414.028
108		TOTALE ASL RMH	40.911.608
109	120012	Salus	1.801.829
109	120014	Santa Teresa del Bambino Gesù	2.126.144
109		TOTALE ASL VT	3.927.973
111	120209	Casa del Sole	7.902.377
111	120212	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	19.878.277
111	120213	San Marco	1.335.370
111	120215	Città di Aprilia	8.906.179
111		TOTALE ASL LT	38.022.203
112	120230	Sant'Anna	4.294.382
112	120234	Villa Gioia	2.927.043
112	120235	Villa Serena	2.209.543
112	120236	Santa Teresa	2.966.117
112		TOTALE ASL FR	12.397.085
		TOTALE ACUTI PRIVATI	271.173.497
101	120072	San Giovanni Calibita - FBF	46.708.661
103	120076	Madre Giuseppina Vannini - Figlie di San Camillo	31.691.707
104	120075	Israelitico	19.909.780
105	120071	San Pietro - Fatebenefratelli	48.639.204
105	120073	San Carlo di Nancy	32.693.509
105	120074	Cristo Re	20.357.407
108	120070	Regina Apostolorum	22.696.505
		TOTALE ACUTI CLASSIFICATI	222.696.773
105	120911	Istituto Dermatologico dell'Immacolata	29.784.826
		TOTALE ACUTI IRCCS PRIVATI	29.784.826

Allegato 2 - Riabilitazione 2014

CODICE REGIONALE	DENOMINAZIONE	POSTI LETTO			BUDGET 2014 (*)		
		ORD.	DH	TOT	ORD	DH	TOT.
120087	Policlinico Italia	72	8	80	5.727.078	820.410	6.547.488
120104	Villa Fulvia	135	15	150	10.946.833	1.523.981	12.470.814
120089	Neurologic Centre of Latium	10			842.034	-	842.034
120135	Mater Misericordiae	31	0	31	2.482.885	-	2.482.885
120130	Villa Sandra	130	14	144	10.537.516	1.456.390	11.993.906
120168	San Raffaele - Portuense	87	9	96	7.179.933	978.300	8.158.233
120146	Santa Rita da Cascia	30	0	30	2.397.919	-	2.397.919
120163	San Feliciano	20	0	20	1.613.200	-	1.613.200
120179	Ancelle del Buon Pastore	41	4	45	3.227.951	404.952	3.632.903
120180	Aurelia Hospital	49	5	54	3.869.816	501.935	4.371.751
120328	Fond. Don C. Gnocchi	20	0	20	1.649.336	-	1.649.336
120088	Medicus Hotel Montezipoli	58	6	64	4.595.212	604.994	5.200.206
120186	Nomentana Hospital	110	0	110	8.733.656	-	8.733.656
120199	Villa Dante	31	3	34	2.464.386	299.166	2.763.552
120273	Villa Luana	20	0	20	1.628.118	-	1.628.118
120082	Villa delle Querce	143	5	148	11.385.042	497.314	11.882.356
120131	Villa dei Pini	29	3	32	2.345.966	308.398	2.654.364
120176	INI	60	7	67	4.920.358	769.579	5.689.937
120280	San Raffaele Montecompatii	86	9	95	6.796.110	913.019	7.709.129
120015	Villa Immacolata	103	0	103	8.415.883	-	8.415.883
120212	ICOYI	109	12	121	9.084.641	1.255.435	10.340.076
120214	IF C. FRANCESCHINI	77	0	77	6.256.513	-	6.256.513
120278	Villa Silvana	27	3	30	2.164.840	326.658	2.491.498
120277	San Raffaele - Cassino	126	14	140	10.585.219	1.530.480	12.115.699
120279	INI Città Bianca	57	6	63	4.702.875	635.123	5.337.998
TOTALE	CASE DI CURA				134.553.320	12.826.134	147.379.454

120910	San Raffaele Pisana	241	27	268	20.038.979	2.860.794	22.899.773
TOTALE	IRCCS PRIVATI				20.038.979	2.860.794	22.899.773

TOTALE	RIABILITAZIONE				154.592.299	15.686.928	170.279.227
---------------	-----------------------	--	--	--	--------------------	-------------------	--------------------

(*) I budget non comprendono l'attività cod. 75

Allegato 3 - Lungodegenza 2014

ASL	ISTITUTO		POSTI LETTO	BUDGET 2014
101	079	Villa Domelia	21	1.062.369
103	139	Clinica Latina	30	1.517.670
104	113	Villa Pia	40	2.023.560
104	191	Merry House	41	2.074.149
104	262	Villa Maria Immacolata	42	2.124.738
105	179	Ancelle del Buon Pastore	47	2.377.683
105	264	Villa Verde	60	3.035.340
106	197	Climatico Santo Volto	22	1.112.958
107	186	Nomentana Hospital	98	4.957.722
108	082	Villa delle Querce	55	2.782.395
108	122	San Raffaele Rocca di Papa	95	4.805.955
108	131	Villa dei Pini	56	2.832.984
109	015	Villa Immacolata	31	1.568.259
112	277	San Raffaele Cassino	69	3.490.641
TOTALE LUNGODEGENZA				35.766.423



Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 7 agosto 2014, n. U00261

Modifiche e/o integrazioni allo schema di accordo/contratto di cui al DCA U00183/2013

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

Oggetto: Modifiche e/o integrazioni allo schema di contratto/accordo di cui al DCA U00183/2013

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTI per quanto riguarda i poteri

- la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;
- lo Statuto della Regione Lazio 11 novembre 2001, n. 1 "Nuovo Statuto della Regione Lazio" e successive modifiche e d integrazioni;
- la legge regionale 18 febbraio n. 6 e s. m. i.;
- Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i.
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 17 dicembre 2013, con cui il Dott. Renato Botti è stato nominato sub commissario nell'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- la determinazione regionale B03071 del 17 luglio 2013;

VISTI per quanto riguarda il Piano di rientro

- l'articolo 8, comma 1 della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- l'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 avente ad oggetto: "Approvazione del "Piano di Rientro.." e n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: "Presa d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio.... Approvazione del "Piano di Rientro";
- la legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- il Decreto del Commissario *ad acta* n. U00480 del 6 dicembre 2013, recante: "Approvazione programmi operativi" per gli anni 2013-2015;
- i programmi operativi approvati con Decreto del Commissario *ad acta* n. U00247 del 25 luglio 2014;

VISTI per quanto riguarda la disciplina di cui al D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", ed in particolare:

- l'art. 8 *quater* comma 2 che prevede che qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui al suddetto art. 8 *quinqutes*;
- l'articolo 8 *quater*, comma 8 del D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni per cui, in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le Regioni e le unità sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all'art. 8 *quinqutes*, sono tenute a porre a carico del servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della Programmazione nazionale;
- l'art 8 *quinqutes*, comma 2 *quinqutes*, che prevede in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali, la sospensione dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-*quater*;
- l'art. 8 *quinqutes*, comma 2, del D. Lgs. 502/92 che prevede la stipula di contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro

associazioni rappresentative a livello regionale, che indicano, tra l'altro:

- il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali (art. 8 *quinquies*, comma 2, lettera d);

- la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionali, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d),omissis....(art. 8 *quinquies*, comma 2, lettera e- bis);

- l'art. 8 *quinquies*, comma 2-quater del D.Lgs. 502/92 il quale prevede che: "*Le Regioni stipulano accordi con le Fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ... e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10 comma 2 del Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le Regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la Programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla Programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio ...omissis*";

RILEVATO quanto previsto dall'art. 8 *quinquies*, comma 2 *quinquies* del D.Lgs. n. 502/1992 in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali;

RILEVATO che, con sentenza TAR Lazio n. 1911/2007, nel richiamare la decisione del Consiglio di Stato n. 499/2003, la giurisprudenza amministrativa ha rappresentato come la fissazione dei tetti di spesa costituisca oggetto di atto autoritativo di esclusiva competenza regionale e rappresenti un preciso ed ineludibile obbligo dettato da insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* del 9 maggio 2013, n. 183 recante: "*Approvazione dello schema tipo di contratto/accordo per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le Aziende Sanitarie Locali e i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale*";

TENUTO CONTO che il predetto schema di contratto/accordo è intervenuto a dare attuazione ai contenuti della proposta inerente i Programmi Operativi 2013- 2015 trasmessa formalmente ai Ministeri competenti con nota prot. 517/CC/U dell'11 marzo 2013, poi rieditati secondo quanto sopra indicato;

RAVVISATA l'opportunità di procedere alla modifica e all'integrazione del predetto schema di contratto/accordo, al fine di accogliere le osservazioni formulate dai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze con parere del 16.01.2014 e di accogliere, per quanto possibile, le osservazioni formulate dalle Associazioni di categoria rappresentanti le strutture sanitarie

accreditate in ordine all'applicazione di alcune clausole contrattuali;

VISTA la nota prot. n. 159745 GR/11/24 del 12.12.2013, con cui la Regione ha convocato le predette Associazioni di categoria alle riunioni fissate finalizzate alla definizione dei livelli di finanziamento per l'anno 2014 e all'attualizzazione, attraverso modifiche e/o integrazioni, del relativo schema di contratto/accordo;

ATTESO che, nell'occasione, la Regione ha chiesto alle Associazioni anzidette di presentare osservazioni in merito, sollecitate anche con nota prot. n. 60682 del 03.02.2014;

PRESO ATTO delle osservazioni pervenute dalle associazioni di categoria (FOAI con nota del 23 gennaio 2014; AIOP-ARIS-CONFSAIUTE-FEDERLAZIO-UNINDUSTRIA del 24 gennaio 2014; AISAP e FEDERLAB con nota del 13 febbraio 2014);

VISTA la nota prot. n. 392145 dell'08.07.2014, con cui la Regione ha comunicato alle Associazioni di categoria le modifiche e/o integrazioni che avrebbe apportato allo schema in oggetto, sia perché ritenute opportune dalla stessa amministrazione regionale, sia perché di recepimento di alcune delle osservazioni proposte dalle medesime associazioni e dai Ministeri vigilanti, con indicazione delle ragioni ostative al mancato accoglimento delle altre;

CONSIDERATO che, nell'occasione, è stato assegnato alle predette Associazioni un termine di 10 giorni per proporre eventuali osservazioni;

TENUTO CONTO delle osservazioni pervenute da:

- FEDERLAZIO con nota del 9 luglio 2014, acquisita al prot. n. 398268 del 10 luglio 2014;
- ANISAP con nota del 10 luglio 2014, acquisita al prot. n. 406315 del 15 luglio 2014;
- ARIS con nota dell'11 luglio 2014, acquisita al prot. n. 406262 del 15 luglio 2014;
- FEDERLAB con nota del 17 luglio 2014 acquisita al prot. n. 416035 del 18 luglio 2014;
- AIOP nota del 21 luglio 2014, acquisita al prot. n. 427575 del 24 luglio 2014;

RAVVISATA l'opportunità di recepire nello schema di contratto/accordo le seguenti previsioni, all'esito delle osservazioni proposte dai citati Ministeri vigilanti:

- 1) il livello massimo di finanziamento, per le prestazioni di specialistica, dovrà intendersi al lordo del ticket e della quota della ricetta;
- 2) il budget per l'assistenza specialistica, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti in altra regione, ai cittadini stranieri e comprensivo della compartecipazione aggiuntiva (quota fissa), non è riferibile soltanto agli Ospedali Classificati, agli IRCCS privati e ai Policlinici Universitari, ma anche alle altre strutture private che erogano prestazioni APA e prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare;

RAVVISATA l'opportunità di mantenere ferma la versione della clausola di salvaguardia contenuta nello schema di contratto/accordo di cui al DCA n. 183/2013, tenuto conto della statuizioni contenute nella sentenza del TAR Lazio n.7978/2011, passata in giudicato, e della sentenza del CDS n.878/2013 che conferma, in proposito la sentenza TAR Lazio n. 7742/2011, peraltro evidenziate anche dalle associazioni di categoria;

RAVVISATA, altresì, l'opportunità per la Regione di procedere a modificare e/o integrare lo schema di contratto/accordo in questione, provvedendo nei seguenti termini:

- 4) inserimento dell'impegno delle strutture a fatturare secondo il "formato di fatturazione elettronica" che verrà delineato con successivo provvedimento, allo scopo di recepire l'obbligo di utilizzo della fatturazione elettronica nei rapporti economici con la Pubblica Amministrazione di cui al D.L. 66/2014;
- 5) inserimento dell'obbligo di comunicazione dell'accettazione della cessione del credito a cura della ASL, secondo un modello standard predisposto dalla P.A. con successivo provvedimento;
- 6) rivisitazione dell'art. 4, comma 1, nella nuova formulazione secondo cui: "*Le strutture che erogano prestazioni per acuti nell'ambito della programmazione regionale delle attività ospedaliere per acuti, nella logica dell'integrazione pubblico-privato e della solidarietà di sistema, sono tenute a mettere a disposizione i posti letto richiesti per il ricovero di pazienti provenienti da PS/DEA nel periodo di particolare congestionamento del settore dell'emergenza ospedaliera segnalato, dallo stesso PS/DEA e dalla relativa Direzione Sanitaria. L'attività di cui sopra non potrà comunque superare il limite massimo del 20% dell'attività di ricovero consentita alla struttura ed è ricompresa nei limiti del budget assegnato. Tali richieste vanno comunicate anche alla Regione Lazio, Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria. Il trasferimento da PS/DEA verso la struttura deve essere obbligatoriamente accompagnato da una relazione clinica che, riportando le condizioni del paziente, ne certifichi la trasferibilità in sicurezza*";
- 7) inserimento dell'impegno della struttura a mettere settimanalmente a disposizione del sistema ReCUP regionale, non appena avviato, almeno il 30% delle proprie agende sul totale delle prestazioni erogabili, in conformità alle previsioni di cui alla al DCA 437/2013, recante il "Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2013-2015" e DGR 157/2014, in coerenza con i requisiti di accreditamento e di erogabilità di cui al DCA 313/2013;

RITENUTO si possa procedere con i suindicati inserimenti, sulla scorta delle seguenti considerazioni:

- quanto ai punti 4) e 7), l'impegno richiesto alle strutture costituisce, rispettivamente, adempimento alle previsioni normative nazionali e regionali;
- quanto al punto 5) si tratta di un adempimento richiesto alle Aziende sanitarie;
- quanto al punto 6), la modifica della norma risponde alla finalità di garantire il governo delle attività sanitarie in situazioni di emergenza e di congestionamento;

RISCONTRATA, infine, l'opportunità di modificare lo schema di contratto/accordo in oggetto, nei termini seguenti:

- 8) previsione della produzione delle dichiarazioni rese dal legale rappresentante su: a) l'ottemperanza agli obblighi informativi in materia di diritto al lavoro dei disabili secondo le modalità di cui all'art. 9 L. 12.03.1999 n. 68 c ss.mm.ii.; b) l'osservanza della normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro, valutazione dei rischi nell'ambiente di lavoro e, in ogni caso, l'adempimento a tutte le prescrizioni di cui di cui al D.Lgs. 09.04.2008 n. 81;
- 9) previsione secondo la quale il modello organizzativo di cui al D. Lgs. 231/2001 sia richiesto per tutte le strutture assegnatarie di un budget uguale o superiore ai 200.000,00 euro annui, entro il nuovo termine del 31 marzo 2015 in luogo del 31 dicembre 2014. Le strutture che risulteranno assegnatarie di un budget di tali dimensioni per effetto di aggregazioni successive al 31 marzo 2015, dovranno adottare il modello entro il termine del 31 dicembre 2015. Resta ferma l'adesione al codice etico per le altre strutture;
- 10) previsione di una clausola che regolamenti, in modo analogo a quanto avviene per i

contratti pubblici regolati dal codice degli appalti, i rapporti di debito/credito tra privato del SSR e P.A. è esigenza avvertita in modo particolare dall'amministrazione regionale, anche alla luce della mole di contenzioso promosso dai cessionari relativamente a crediti non certificati; è stato previsto, pertanto, che i futuri rapporti tra privati che operano per conto e a carico del SSR e PA siano ispirati a regole di trasparenza e certezza, sia in termini giuridici che economici. La Regione, pertanto, ha introdotto tale clausola:

"1. Nel caso di cessione, a qualsiasi titolo, dei crediti dell'Erogatore derivanti dal presente Contratto, l'Erogatore medesimo dovrà notificare l'atto di cessione alla ASL competente (al domicilio indicato nel presente accordo) a mezzo ufficiale giudiziario o, in alternativa a mezzo piego raccomandato con avviso di ricevimento o con le ulteriori modalità di notifica previste dall'Accordo pagamenti. Entro il termine di 45 giorni dalla data di ricezione dell'atto di cessione, trasmesso con le modalità di cui sopra, la ASL è tenuta a comunicare espressamente, al domicilio indicato nel presente accordo, ovvero al fax o all'indirizzo di posta elettronica certificata indicato nel Sistema pagamenti, ovvero tramite il caricamento sul Sistema Pagamenti, l'adesione o il diniego alla cessione. Decorso tale termine, la cessione avrà comunque efficacia nei confronti della ASI, anche ai fini dei controlli dovuti ai sensi della normativa vigente. L'amministrazione può opporre al cessionario tutte le eccezioni opponibili al cedente in base al presente contratto;

2. Restano fermi ed impregiudicati gli eventuali ulteriori adempimenti connessi all'accordo tra ASL e struttura, avente ad oggetto i crediti sanitari, e in generale agli accordi che regolano la procedura del Sistema Accordo Pagamenti."

11) provizione secondo cui sono fatte salve le ipotesi di caso fortuito e della forza maggiore rispetto alla garanzia della permanenza dei requisiti e all'adeguatezza e al perfetto stato d'uso delle apparecchiature (cfr. art. 1, comma 3, lett. d e art. 5, comma 1 dello schema cit.);

12) provizione dell'impegno della struttura ad adeguarsi a eventuali ulteriori requisiti normativi;

13) inserimento, all'art. 5, comma 2 dello schema in oggetto, dopo la parola "lettera", le parole "di trasferimento", con la conseguenza che la nuova formulazione della disposizione risulta essere: *"L'erogazione della prestazione sanitaria, ammessa alla remunerazione a carico del SSR, è subordinata alla richiesta compilata su Ricettario del SSN a cura del medico prescrittore, in conformità a quanto previsto dal 17 novembre 1988 n. 350, dal DM 17 marzo 2008 e Decreto 2 novembre 2011 e dalle disposizioni regionali in materia, ovvero attraverso lettera di trasferimento [della struttura inviante] o verbale di emergenza del sanitario della struttura accettante sul quale dovranno essere specificate le seguenti indicazioni:*

a) *Dati anagrafici del paziente;*

b) *Tipo di trattamento richiesto."*

14) provizione secondo cui i controlli della ASL e della Regione di cui all'art. 6, comma 1 dello schema in argomento debbano avvenire con un preavviso di 48 ore;

15) rinvio, quanto al DURC, alla disciplina sull'accordo pagamenti;

CONSIDERATO che le motivazioni connesse alle scelte operate dall'amministrazione, anche tenendo conto dei rilievi mossi dalle associazioni, sono riassumibili come segue:

- punto 8) si è ritenuto confermare la richiesta di eliminazione di tali dichiarazioni in quanto preliminari all'assunzione di responsabilità e alle attestazione circa l'ottemperanza ad obblighi normativi;

- punto 9) si è ritenuto corretto individuare una soglia di budget al fine di poter richiedere la predisposizione del modello di cui al D. Lgs. n. 231/2001; tale soglia è stata fissata nell'importo di un budget pari o superiore euro 200.000,00, somma poco superiore al limite di 150.000,00

fissato dal D. Lgs. n. 159/2011 ai fini della documentazione antimafia;

- punto 10) si è ritenuto necessario prevedere una disciplina puntuale e rigorosa in materia di cessione del credito per le motivazioni sopra riportate;
- punto 11) si è ritenuto poter fare salvi il caso fortuito e la forza maggiore per la garanzia della manutenzione apparecchiature e della permanenza requisiti;
- punto 13) si è ritenuto corretto prevedere che il primo ricovero avvenga previa presentazione della ricetta rossa, mentre l'eventuale ulteriore ricovero immediato da una struttura all'altra possa avvenire anche attraverso lettera di trasferimento da parte della struttura sanitaria inviante;
- punto 14) si è ritenuto aumentare il preavviso ai fini del controllo: passando dalle 24 ore alle 48 ore di preavviso;
- punto 15) il DURC viene indicato tra i documenti richiesti ai fini del pagamento;

RITENUTO opportuno riservare all'amministrazione ogni ulteriore determinazione connessa alla valutazione dell'incidenza dei controlli esterni sulle modalità di erogazione delle prestazioni e, quindi, sulla contrattualizzazione;

CONSIDERATO che, quanto alle contestazioni mosse con le ulteriori note presentate dalle associazioni con riferimento alle cause di risoluzione di diritto, appare opportuno ribadire che i casi in cui il contratto si risolve *ipso iure* sono circoscritti (falsità delle dichiarazioni in materia di fallimento, in materia antimafia, incompatibilità del socio della società che gestisce la struttura perché dipendente o convenzionato con struttura pubblica, cessione del contratto e diniego di autorizzazione e accreditamento) a situazioni gravi, di carattere oggettivo, la cui sussistenza rende il soggetto "inidoneo" ad esercitare per conto dell'amministrazione;

RITENUTO opportuno, in sede di prima applicazione del contratto, fare salve le risoluzioni di diritto nei confronti di quelle strutture che abbiano provveduto all'immediata rimozione della causa di incompatibilità, e comunque nel periodo antecedente alla sottoscrizione del contratto 2014;

RITENUTO che per esigenze di semplificazione, sulla scorta di quanto previsto dal DCA 183/2013 la documentazione prodotta per l'anno 2013 possa essere utilizzata anche per la stipula del contratto per l'anno 2014;

CONSIDERATO, infatti, che a decorrere dall'anno 2014, la stipula del contratto è subordinata all'acquisizione e alla preventiva verifica da parte della ASL di tutta la documentazione ivi prevista, nei termini ivi indicati;

RISCONTRATA l'opportunità di prevedere che contratto/accordo potrà avere anche la durata superiore ad anni uno;

CONSIDERATO

che la sottoscrizione del contratto/accordo tra ASL/Regione e strutture private accreditate erogatrici di prestazioni sociosanitarie rappresenta una fase del ciclo passivo delle ASL oggetto del processo di dematerializzazione avviato dalla Regione Lazio;

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

RITENUTO opportuno prevedere che il contratto/accordo venga sottoscritto mediante firma

digitale a norma DigitPa attraverso le apposite funzionalità messe a disposizione delle ASL, di Regione e delle strutture private accreditate erogatrici di prestazioni sociosanitarie nella sezione dedicata all'interno del Sistema Informatico Pagamenti della Regione Lazio;

RITENUTO opportuno fare salvo tutto quanto previsto dal Decreto del Commissario *ad acta* n. 183/2013, che non sia stato non oggetto di modifica c/o integrazione espressa a cura del presente atto;

RITENUTO opportuno, per tutte le motivazioni suesposte, sostituire lo schema di contratto/accordo di cui al DCA 183/2013, con lo schema di contratto/accordo allegato al presente provvedimento sotto la lettera "A" per farne parte integrante e sostanziale, allo scopo di definire i rapporti giuridici ed economici tra la Regione / le Aziende Sanitarie Locali e i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie a carico del SSR;

RITENUTO opportuno prevedere che la gestione del rapporto preordinato alla sottoscrizione degli accordi con i Policlinici Universitari non statali, come pure la contestazione e l'eventuale risoluzione sia demandata alla Regione, secondo il modello di contratto/accordo di cui all'allegato "B", parte integrante e sostanziale del presente atto;

DECRETA

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

1. di sostituire lo schema di contratto/accordo di cui all'allegato A del DCA 183/2013, con lo schema di contratto/accordo allegato al presente provvedimento sotto la lettera "A" per farne parte integrante e sostanziale, per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra la Regione / le Aziende Sanitarie Locali e i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale;
2. che la gestione del rapporto preordinato alla sottoscrizione degli accordi con i Policlinici Universitari non statali, come pure la contestazione e l'eventuale risoluzione sia demandata alla Regione, secondo il modello di contratto/accordo di cui all'allegato "B", parte integrante e sostanziale del presente atto;
3. che il contratto/accordo venga sottoscritto mediante firma digitale a norma DigitPa attraverso le apposite funzionalità messe a disposizione delle ASL, di Regione e delle strutture private accreditate erogatrici di prestazioni sociosanitarie nella sezione dedicata all'interno del Sistema Informatico Pagamenti della Regione Lazio.

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

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

NICOLA ZINGARETTI

Allegato A

Contratto/Accordo per l'erogazione di prestazioni sanitarie per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale

Allegato A

Contratto/Accordo

tra

Azienda Sanitaria Locale, con sede in _____, Via _____ n. __, in persona del Direttore Generale/Commissario Straordinario e legale rappresentante pro-tempore _____, C.F. _____, P.I. _____ (di seguito per brevità "ASL"), da una parte

e

_____ (denominazione o ragione sociale o denominazione ente), con sede in via _____ che gestisce _____ (nome struttura o presidio), cod. struttura _____, erogatore di prestazioni di _____ (di seguito per brevità "Erogatore" o "Struttura"), dall'altra parte

L'ASL e l'Erogatore sono di seguito congiuntamente denominati anche "parti" o, singolarmente, "parte"

Visto:

- a) l'art. 8 *quinquies*, comma 2 D. Lgs n. 502/92 e s.m.i.;
- b) l'art. 8 *quinquies*, comma 2, lettera e bis D. Lgs n. 502/92 e s.m.i.;
- c) l'art. 8 *quinquies*, comma 2-quater D. Lgs n. 502/92 e s.m.i.;
- d) l'art. 8 *quinquies*, comma 2 *quinquies* D. Lgs n. 502/92 che prevede espressamente: "*in caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso*";
- e) la L.R. 3 marzo 2003, n. 4 e s.m.i.;

Premesso che:

- a) con D.G.R. n. 149 del 6 marzo 2007 la Regione Lazio ha approvato il Piano di rientro nel quale hanno trovato organica sistemazione tutti gli obiettivi e le misure amministrative propedeutiche al conseguimento del programmato risanamento finanziario;
- b) la Legge 23 dicembre 2009, n. 191 ha previsto il mantenimento della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di Rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati come predisposti dal Commissario *ad acta*;

Allegato A

- c) in coerenza con gli obiettivi posti dal Piano di rientro, la Regione Lazio intende porre su basi di maggiore e compiuta certezza i rapporti tra le aziende sanitarie locali e gli erogatori privati di prestazioni sanitarie e riformulare un modello contrattuale uniforme per la disciplina dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, che tenga conto dell'evoluzione normativa nazionale ed europea, orientata ad assicurare che le strutture siano in possesso, oltre i requisiti ulteriori per l'accreditamento, anche di requisiti minimi di affidabilità e onorabilità in ordine ad una corretta gestione del rapporto con la Regione, anche al fine di elevare standard di qualità e trasparenza;
- d) i predetti obiettivi possono essere perseguiti, tra l'altro, attraverso l'acquisizione da parte della ASL competente della documentazione elencata all'articolo 2) del presente accordo;
- e) che le tariffe regionali applicate sono quelle *ratione temporis* vigenti;
- f) che la definizione dei budget rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR, nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento.

Tutto ciò premesso e considerato, parte integrante e sostanziale del presente accordo, le Parti convengono quanto segue:

Articolo 1)**Identificazione della struttura e dichiarazioni**

1. L'Erogatore è titolare di autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale definitivo rilasciati con provvedimento del _____ per la struttura sita in _____, Via _____, ovvero è titolare di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento provvisorio, giusta provvedimento _____ ed è in corso la procedura finalizzata al rilascio del titolo di accreditamento definitivo istituzionale per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale, (di seguito denominata "Struttura").

La struttura eroga, in virtù dei titoli come sopra indicati, l'attività di: (Barrare la/e casella/e corrispondente/i)

- prestazioni di ricovero per acuti;
- prestazioni di riabilitazione post- acuzie;
- prestazioni di lungodegenza medica;
- prestazioni di specialistica ambulatoriale;

Allegato A

- prestazioni APA;
- prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare;
- prestazioni di RSA;
- prestazioni Hospice;
- prestazioni di riabilitazione ex art. 26;
- prestazioni neuropsichiatriche;
- prestazioni a rimborso:
 - file F
 - prestazioni di dialisi
 - radioterapia
 - neonato sano;
- attività di cui all'art. 8-sexies, comma 2, D. Lgs. 502/92;
- maggiori costi connessi alle attività di didattica e ricerca ex art. 7, comma 2, D. Lgs. 517/99.

2. L'Erogatore esercita le prestazioni sanitarie per le quali è stato accreditato ovvero per le quali è in corso la procedura finalizzata al rilascio del titolo di accreditamento definitivo istituzionale, per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), nei limiti delle risorse assegnate.

3. Al tal fine, ferma restando l'acquisizione della documentazione di cui al successivo articolo 2), l'Erogatore dichiara:

- a) di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta e che nessun procedimento relativo è stato avviato nei suoi confronti;
- b) di aver / non aver presentato domanda di concordato preventivo;
- c) che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'articolo 67 del D. Lgs. 159 del 2011 (codice antimafia) in capo al/ai soggetto/i che ha/hanno la rappresentanza legale della struttura;
- d) di possedere alla data odierna tutti i requisiti strutturali, impiantistici, tecnologici ed organizzativi necessari per l'esercizio, presso la propria struttura, delle prestazioni sanitarie, impegnandosi a garantire la permanenza di detti requisiti per tutta la durata del presente Contratto; sono fatti salvi caso fortuito e forza maggiore.

Allegato A**Articolo 2)****Documentazione e adempimenti**

1. La ASL è tenuta ad acquisire, per tramite della struttura, ovvero direttamente, in considerazione di quanto previsto dall'art. 15 della L. n. 183/2011, la seguente documentazione:

- a) certificazione di iscrizione in CCIAA per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese; per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese (Fondazioni ed Enti no profit) l'iscrizione al R.E.A.;
- b) per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese (Fondazioni ed Enti no profit) la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previsti dall'art. 67 della normativa antimafia del legale rappresentante, dei componenti del Consiglio di Amministrazione e dei soggetti con poteri di gestione;
- c) per i soggetti iscritti al registro delle Imprese:
 - c.1) i cui contratti non superino il valore indicato all'art. 83, lettera e) del D. Lgs. n. 159/2011 (attualmente pari a € 150.000,00), oltre a quanto dichiarato dal legale rappresentante all'art.1 lettera c), la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previsti dall'art. 67 della normativa antimafia, da parte di tutti i soggetti di cui all'art. 85, comma 1) e 2);
 - c.2) i cui contratti superino il valore indicato all'art. 83, lettera e) del D. Lgs. n. 159/2011 (attualmente pari a € 150.000,00), oltre a quanto dichiarato dal legale rappresentante all'art.1 lettera c), deve essere acquisita la documentazione antimafia, ai sensi degli articoli 84 e 85 del D. Lgs. 6 settembre 2011, n.159 (come da ultimo modificato dal D. Lgs. 15 novembre 2012, n. 218); a tale proposito i soggetti di cui ai commi 1) e 2), dell'art. 85 del citato codice antimafia rilasciano dichiarazione sostitutiva sottoscritta con le modalità di cui all'articolo 38 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, relativa ai dati dei propri familiari conviventi;
- d) dichiarazione rilasciata dal legale rappresentante della struttura, attestante l'ottemperanza agli obblighi informativi in materia di diritto al lavoro dei disabili - secondo le modalità di cui all'art. 9 L. 12 marzo 1999, n. 68, come modificato dall'art. 40 del D.L. 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2008, n. 133;
- e) certificato generale del casellario giudiziario dei soggetti che hanno la rappresentanza legale della struttura per le finalità precisate al successivo articolo 12).
- f) modello organizzativo di cui al D.Lgs. n. 231/2001;

Allegato A

1. per i contratti il cui valore sia pari o superiore a € 200.000,000 annuo, dichiarazione del legale rappresentante della struttura attestante l'avvenuta adozione del modello organizzativo di cui al D.Lgs. 231/2001 in materia di prevenzione dei reati, ovvero l'adozione di un codice etico sulla base del modello proposto dalla Regione e impegno all'adozione dello stesso entro il 31 marzo 2015;
 2. per i contratti il cui valore sia pari o superiore a Euro 200.000,00 per effetto di aggregazioni successive al 31 marzo 2015, dichiarazione del legale rappresentante della struttura attestante l'adozione di un codice etico sulla base del modello proposto dalla Regione e impegno all'adozione dello stesso entro il 31 dicembre 2015;
 3. per i contratti il cui valore è inferiore a € 200.000 annuo, dichiarazione del legale rappresentante della struttura attestante l'adesione al codice etico adottato sulla base del modello proposto dalla Regione;
- g) autocertificazione, da parte di ciascun socio persona fisica che, in ultima istanza, possieda le quote o le azioni, dell'insussistenza di situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. n. 412/1991.
- h) dichiarazione circa l'osservanza della normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro, circa l'avvenuta valutazione dei rischi nell'ambiente di lavoro e, in ogni caso, dell'adempimento a tutte le prescrizioni di cui di cui al Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81;
2. L'Erogatore è tenuto a trasmettere tutte le dichiarazioni sopra richieste e i dati anagrafici di tutti i soggetti per i quali deve essere acquisita la documentazione antimafia entro il 30 settembre dell'anno precedente a quello oggetto di stipula.
 3. Su richiesta della ASL, ovvero della Regione Lazio, l'Erogatore fornirà alla stessa ogni ulteriore eventuale documento che non sia già in possesso della amministrazione richiedente, comprovante il possesso dei requisiti predetti ed il loro mantenimento per tutta la durata del presente Contratto.
 4. Ciascuna ASL è tenuta a verificare la documentazione nel termine di 30 giorni dalla data di ricezione e, comunque, entro e non oltre il 30 ottobre di ciascun anno.
 5. In caso di mancata produzione della documentazione ovvero delle indicazioni e dichiarazioni necessarie, la ASL diffida la struttura ad adempiere entro e non oltre 15 giorni; in caso di inottemperanza si applica quanto previsto al successivo articolo 12, comma 5.

Allegato A**Articolo 3)****Oggetto del Contratto**

1. Sino a concorrenza dell'importo massimo stabilito al successivo articolo 4), la ASL affida all'Erogatore lo svolgimento delle prestazioni sanitarie meglio indicate al superiore articolo 1) a favore degli aventi diritto che, esercitando libera scelta, opteranno di accedere per il tramite della Struttura dell'Erogatore alle prestazioni del Servizio Sanitario Regionale.
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.
3. La ASL territorialmente competente si impegna, in base alla vigente normativa, a remunerare la struttura nei limiti di seguito indicati.

Articolo 4)**Valorizzazione di prestazioni erogabili e corrispettivo massimo annuale/biennale**

1.

- a) per le strutture che erogano prestazioni per acuti: il Budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____ è di € _____ comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari).

Le strutture che erogano prestazioni per acuti nell'ambito della programmazione regionale delle attività ospedaliere per acuti, nella logica dell'integrazione pubblico-privato e della solidarietà di sistema, sono tenute a mettere a disposizione i posti letto richiesti per il ricovero di pazienti provenienti da PS/DEA nel periodo di particolare congestionamento del settore dell'emergenza ospedaliera segnalato, dallo stesso PS/DEA e dalla relativa Direzione Sanitaria. L'attività di cui sopra non potrà comunque superare il limite massimo del 20% dell'attività di ricovero consentita alla struttura ed è ricompresa nei limiti del budget assegnato. Tali richieste debbono essere comunicate anche alla Regione Lazio, Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria. Il trasferimento da PS/DEA verso la struttura deve essere obbligatoriamente accompagnato da una relazione clinica che, riportando le condizioni del paziente, ne certifichi la trasferibilità in sicurezza.

Allegato A

- b) **per le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione post- acuzie:** il Budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____ è di € _____ comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari);
- c) **per le strutture che erogano prestazioni di lungodegenza medica:** il Budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari);
- d) **per le strutture che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale:**
- d.1) **Laboratorio Analisi (strutture private, ospedali classificati, IRCCS privati)**
il Budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa; viene individuata una riserva del volume e del tetto di remunerazione in misura pari al 10% non utilizzabile nel periodo fino al 31 ottobre _____ (dell'anno precedente a quello oggetto di assegnazione del budget) posta a garanzia dell'assicurazione delle prestazioni nei mesi di novembre e dicembre;
- d.2) **altra specialistica (strutture private, ospedali classificati, IRCCS privati)**
il Budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa; viene individuata una riserva del volume e del tetto di remunerazione in misura pari al 10% non utilizzabile nel periodo fino al 31 ottobre _____ (dell'anno precedente a quello oggetto di assegnazione del budget) posta a garanzia dell'assicurazione delle prestazioni nei mesi di novembre e dicembre;
- e) **per le strutture che erogano prestazioni APA:** il Budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____ è di € _____.

Allegato A

comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa; viene individuata una riserva del volume e del tetto di remunerazione in misura pari al 10% non utilizzabile nel periodo fino al 31 ottobre _____ (dell'anno precedente a quello oggetto di assegnazione del budget) posta a garanzia dell'assicurazione delle prestazioni nei mesi di novembre e dicembre;

f) per le strutture che erogano prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare: il Budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa; viene individuata una riserva del volume e del tetto di remunerazione in misura pari al 10% non utilizzabile nel periodo fino al 31 ottobre _____ (dell'anno precedente a quello oggetto di assegnazione del budget) posta a garanzia dell'assicurazione delle prestazioni nei mesi di novembre e dicembre;

g) per le strutture che erogano prestazioni di RSA: il Budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____ è di € _____. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio;

h) per le strutture che erogano prestazioni Hospice: il Budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____ è di € _____. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio;

i) per le strutture che erogano prestazioni ex art. 26: il Budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____ è di € _____. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio;

j) per le strutture che erogano prestazioni neuropsichiatriche: il Budget all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____ è di € _____. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio;

k) per le strutture che erogano attività di cui all'art. 8-sexies, comma 2, D.Lgs. 502/92: il finanziamento assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____ è di € _____;

l) per i maggiori costi connessi all'attività di didattica e ricerca di cui all'art. 7, comma 2,

Allegato A

D.Lgs. 517/99: il finanziamento assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____ è di € _____.

2. Tenuto conto di quanto chiarito sopra, l'Erogatore ha preso atto e con il presente Contratto conferma di accettare quale tetto massimo annuo _____ delle Prestazioni Sanitarie da erogare per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale (di seguito denominato "Tetto Massimo Annuo") l'importo di Euro _____ (_____ / _____), pari alla somma delle voci _____.

3. L'Erogatore si impegna a mettere settimanalmente a disposizione del sistema ReCUP regionale, non appena avviato, almeno il 30% delle proprie agende sul totale delle prestazioni erogabili, in conformità con quanto disposto dal DCA 437/2013, recante il "*Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2013 - 2015*" e dalla DGR 157/2014, in coerenza con i requisiti di accreditamento e di erogabilità di cui al DCA 313/2013.

4. Si conviene che il tetto massimo del fatturato oggetto del presente Contratto (di seguito "Tetto Massimo del Fatturato") deve comunque riassorbire le prestazioni sanitarie già eventualmente svolte dall'Erogatore sulla base di autorizzazione regionale al budget provvisorio commisurato mensilmente al budget definito l'anno precedente, ovvero fissato sulla base di provvedimenti regionali provvisori.

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 è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno, tenendo conto delle liste d'attesa e delle priorità assistenziali stabilite con apposito atto regionale, fermo restando che le prestazioni erogate oltre il Budget (tetto massimo) non sono riconosciute con onere a carico del SSR.

Le Parti, infatti, convengono espressamente che oltre il tetto massimo (Budget) stabilito dal presente contratto/accordo non sono riconosciuti oneri a carico del SSR e, ai fini del rispetto dei tetti di spesa sopra indicati, corrispondenti ai volumi di prestazioni massimi remunerati, si applica il disposto di cui all'art. 8-quinquies, comma 2 lettera e-bis del D. Lgs. n.502/92 e s.m.i richiamato nelle premesse.

Al fine del riconoscimento della remunerazione effettiva a consuntivo, oltre che del monitoraggio di cui all'art. 6), l'Erogatore è tenuto al rispetto delle procedure di validazione, verifica e controllo esterno di cui alla vigente normativa. All'erogatore viene riconosciuta la produzione, nei limiti del budget, da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte.

Allegato A

Articolo 5)**Requisiti e modalità di erogazione delle Prestazioni Sanitarie**

1. Le Prestazioni Sanitarie dovranno essere erogate nella piena osservanza delle applicabili disposizioni normative e regolamentari, nazionali e regionali in materia, avuto anche riguardo ai requisiti di cui alla D.G.R. 14.7.2006, n. 424, come aggiornati dai Decreti del Commissario *ad acta* nn. 90/2010 e 8/2011 e ss. mm. ed ii..

L'Erogatore dichiara e garantisce, inoltre, l'adeguatezza ed il perfetto stato d'uso delle apparecchiature per l'intera durata del contratto, fatti salvi caso fortuito e forza maggiore, 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.

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

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

3. Le prestazioni sanitarie sono erogate dalla struttura secondo le modalità e con le caratteristiche previste dai provvedimenti nazionali e regionali in materia ed, in ogni caso, nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento, di qualità e appropriatezza imposti dalla buona e diligente pratica professionale, secondo l'assetto organizzativo e funzionale di cui ai provvedimenti autorizzativi e di accreditamento che la struttura si impegna a rispettare per tutta la vigenza del presente contratto.

4. L'Erogatore si impegna a svolgere le prestazioni sanitarie nel pieno rispetto del D. Lgs. 196/2003 e ss. mm. ed ii. obbligandosi di osservare le misure minime di sicurezza e, segnatamente per il trattamento dei dati con strumenti elettronici, a predisporre quanto richiesto dall'art. 34 del richiamato Codice:

- a) l'autenticazione informatica;
- b) l'adozione di procedure di gestione delle credenziali di autenticazione;

Allegato A

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

Si impegna, in ogni caso, al rispetto di quanto previsto al titolo V del D. Lgs. 196/2003, rubricato: *“Trattamento di dati personali in ambito sanitario”*.

5. Le prestazioni sanitarie dovranno essere erogate da personale operante presso la struttura che sia munito dei titoli professionali previsti dalla normativa e che non versi in situazione di incompatibilità secondo la normativa vigente in materia.

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

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 48 ore.

2. Nelle occasioni di verifica, che si svolgeranno alla presenza del legale rappresentante dell'Erogatore il quale, 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:

- a) a predisporre condizioni organizzative tali da consentire l'acquisizione da parte della ASL e della Regione, anche attraverso gli strumenti informatici, di ogni dato ritenuto utile a legittimamente verificare il corretto adempimento;

Allegato A

b) a conservare la documentazione relativa alle Prestazioni Sanitarie rese, in funzione della sua successiva consegna alla ASL e della Regione.

3. In ogni caso l'Erogatore si impegna a consentire lo svolgimento dei controlli esterni come disciplinati dalle norme tempo per tempo vigenti.

4. La struttura si impegna a conservare, in ogni caso, anche mediante archivio informatico, tutta la documentazione amministrativa relativa alle prestazioni rese in favore degli utenti del servizio sanitario, per il periodo non inferiore a quello previsto dalle vigenti disposizioni e dagli atti di prassi nazionali e regionali. E' fatto salvo il periodo di conservazione prescritto per la documentazione sanitaria (circolare del Ministero della sanità n. 61 del 19 dicembre 1986 e s.m.i.).

5. La struttura si impegna a fornire tutta la documentazione richiesta dalla ASL ovvero dalla Regione onde consentire lo svolgimento di controlli, verifiche, ovvero per adempiere ad attività statistiche e/o di analisi di flussi regionali e nazionali, nonché consentire il monitoraggio continuo delle prestazioni e del numero di pazienti trattati.

6. Di ciascun accesso preordinato all'acquisizione della documentazione, ovvero allo svolgimento dei controlli e delle verifiche, potrà essere redatto verbale di cui copia spetterà alla struttura.

La documentazione dovrà essere fornita, dalla struttura, entro il termine di 15 giorni dalla richiesta.

Articolo 7)**Tariffe e Corrispettivi**

1. Per ciascuna Prestazione Sanitaria resa nel rispetto della normativa applicabile e del presente Contratto, la ASL/Regione sarà obbligata a corrispondere all'Erogatore, entro i limiti del budget annuale assegnato, un importo calcolato facendo applicazione alle tariffe *ratione temporis* vigenti.

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.

Al presente accordo si applica, comunque, quanto disposto dall'art. 8 *quinquies*, comma 2, lett. e-bis) del D.Lgs. 502/1992, a mente del quale *“le modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre*

Allegato A

prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato";

2. 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 sino alla intervenuta trasmissione dei dati medesimi.

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

1. L'istruttoria amministrativo-contabile verrà eseguita secondo i relativi provvedimenti regionali ed è condizionata alla presentazione della fatturazione.

2. La struttura si impegna, sin da ora, a fatturare secondo il "formato di fatturazione elettronica" in corso di adozione da parte della P.A., in adempimento a quanto previsto dal D.L. n. 66/2014;

3. La successiva validazione delle fatture, la liquidazione, la certificazione ed il pagamento dovranno avvenire in conformità alla normativa nazionale e regionale vigenti, nel rispetto, in ogni caso delle modalità e dei tempi di volta in volta in uso presso la Regione.

Per quel che concerne, in particolare, la fase di liquidazione delle fatture, si richiama quanto disposto dall'Accordo Pagamenti, approvato con i DCA 501/2013 e 20/2014, in tema di verifica della regolarità contributiva in capo alla struttura.

Articolo 9)**Decorrenza e durata**

1. Il presente contratto decorre dal _____ ed avrà durata sino al _____.

Articolo 10)**Cessione del Contratto**

1. Il presente Contratto non potrà essere ceduto in tutto o in parte senza il consenso della Regione. La cessione dello costituisce grave inadempimento ai sensi dell'art. 12) e causa di risoluzione del contratto.

Allegato A**Articolo 11)****Cessione dei crediti**

1. Nel caso di cessione, a qualsiasi titolo, dei crediti dell'Erogatore derivanti dal presente Contratto, l'Erogatore medesimo dovrà notificare l'atto di cessione alla ASL competente (al domicilio indicato nel presente accordo) a mezzo ufficiale giudiziario o, in alternativa, a mezzo piego raccomandato con avviso di ricevimento o con le ulteriori modalità di notifica previste dall'Accordo Pagamenti. Entro il termine di 45 giorni dalla ricezione dell'atto, trasmesso con le modalità di cui sopra, la ASL è tenuta a comunicare espressamente, al domicilio indicato nel presente accordo ovvero al fax o all'indirizzo di posta elettronica certificata indicata nel Sistema Pagamenti ovvero tramite il caricamento sul Sistema Pagamenti, l'adesione o il diniego alla cessione. Decorso tale termine, la cessione avrà, comunque, efficacia nei confronti della ASL, anche ai fini dei controlli dovuti ai sensi della normativa vigente. L'amministrazione può opporre al cessionario tutte le eccezioni opponibili al cedente in base al presente contratto.

2. La ASL si impegna a comunicare l'accettazione della cessione del credito secondo un modello standard delineato dalla Regione;

3. Restano fermi ed impregiudicati gli eventuali ulteriori adempimenti connessi all'accordo tra Regione e struttura, avente ad oggetto i crediti sanitari e, in generale, agli accordi che regolano la procedura del Sistema Accordo Pagamenti.

Articolo 12)**Risoluzione per grave inadempimento**

1. Fermo ogni altro rimedio previsto nel Contratto e nella normativa applicabile, il presente Contratto si intenderà risolto *ipso iure*, su dichiarazione della Regione Lazio, in osservanza della procedura di cui in appresso, qualora intervenga uno o più delle ipotesi di seguito indicate:

- a) falsità di alcuna delle dichiarazioni rese all'art. 1) lettere a), b) e c) del presente Contratto;
- b) accertata sussistenza delle cause di incompatibilità di cui all'art. 2) lettera g);
- c) violazione dell'art. 10 in materia di cessione del contratto;
- d) diniego definitivo e/o revoca dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento definitivo, ovvero di quello provvisorio.

Allegato A

2. Il presente Contratto si intenderà altresì risolto, in osservanza della procedura di cui in appresso, qualora intervenga una o più delle ipotesi di seguito indicate che siano di rilevanza tale da determinare un grave inadempimento dell'erogatore:

- a) esistenza di condanne definitive a carico del legale rappresentante per reati contro la pubblica amministrazione;
- b) accertata violazione delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonei ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie (art. 2, lettera h);
- c) ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni di cui all'art. 5);
- d) impedimento al controllo esercitato da ASL o Regione Lazio ai sensi dell'art. 6);
- e) inosservanza degli obblighi di trasmissione dei dati di cui all'art. 6);
- f) inosservanza di quanto previsto dall'art. 11) in materia di cessione del credito.

3. In caso di sospensione dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento si determina l'automatica sospensione degli effetti del presente contratto, fermo restando l'obbligo di assistere i pazienti già in carico.

4. Qualora la ASL ravvisi una delle condotte sopra indicate, ne fa contestazione scritta all'Erogatore, concedendo termine di 15 (quindici) giorni al medesimo per la produzione di documentazione e deduzioni scritte a eventuale confutazione. L'erogatore potrà all'uopo avvalersi dell'ausilio e dell'assistenza della propria Associazione di categoria rappresentativa delle strutture private accreditate. Trascorso tale termine, la ASL invierà la propria contestazione e le eventuali deduzioni scritte dell'Erogatore ed eventualmente dell'Associazione interpellata, con la relativa documentazione, alla Regione. La Regione potrà quindi procedere alla risoluzione del contratto, ovvero, per i casi di cui al comma 2, anche tenuto conto delle giustificazioni oltre che della entità della violazione, diffidare l'Erogatore alla regolarizzazione, assegnando al medesimo un termine congruo per provvedere. In difetto di adempimento, la Regione dichiarerà risolto il contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.

5. Fermo ed impregiudicato quanto sopra, la mancata trasmissione della documentazione di cui al superiore art. 2) lettere b), c), d), e), g), h) nei termini ivi determinati, senza congrua giustificazione da parte delle Strutture interessate, comporterà l'adozione, da parte della ASL, di un atto formale di diffida ad adempiere entro 15 giorni. La mancata ottemperanza preclude la stipula del contratto ovvero, in vigenza di contratto, è idonea a determinarne la sospensione automatica a decorrere dal primo giorno del mese successivo a quello di scadenza del quindicesimo giorno prescritto per l'adempimento. La

Allegato A

sospensione non consente di porre a carico del SSR la produzione erogata dalla struttura; trascorsi sei mesi, nel caso di persistente adempimento, la Regione procede alla risoluzione del contratto stesso per inadempimento di obblighi informativi.

6. Resta fermo, in ogni caso, il diritto della ASL e, conseguentemente, della Regione Lazio al risarcimento dei danni derivanti dall'inadempimento dell'Erogatore.

7. Fermo quanto sopra, in caso di sussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previste dall'art. 67 della normativa antimafia, il contratto sarà risolto *ipso iure* su dichiarazione della Regione senza concessione di termini per dedurre.

8. Resta inteso che, in caso di risoluzione, la struttura si impegna a non ricoverare pazienti (salvo che per esigenze indifferibili e su richiesta dell'Azienda Sanitaria competente).

Articolo 13)**Controversie**

1. 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.

Articolo 14)**Clausola di salvaguardia**

1. Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura accetta il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto, fatti salvi i diritti costituzionalmente garantiti.

2. Resta inteso che l'Erogatore si impegna ad adeguarsi a eventuali ulteriori requisiti che fossero richiesti per effetto di normativa nazionale e/o regionale intervenuta successivamente alla stipula del presente contratto, come pure ad adeguarsi a prescrizioni dettate da norme imperative.

3. Ai sensi dell'art. 8 *quinquies*, comma 2 *quinquies* D. Lgs. n. 502/92, in caso di mancata stipula degli accordi, l'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8 *quater* della struttura è sospeso.

Allegato A

Articolo 15)**Registrazione**

1. Il presente contratto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi del T.U. imposta di registro di cui al D.P.R. n. 131/1986.

Articolo 16)**Associazioni di categoria**

1. L'Erogatore potrà gestire i propri rapporti con la ASL e nei confronti della Regione Lazio, dipendenti e commessi e comunque derivanti dal presente Contratto, avvalendosi anche del supporto della propria associazione di categoria rappresentativa delle strutture private accreditate.

Articolo 17)**Elezione di domicilio**

1. Le parti eleggono domicilio ad ogni effetto di legge e, segnatamente, per l'esecuzione del presente contratto presso i rispettivi indirizzi in epigrafe emarginati.

L'ente/ la società elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge all'indirizzo di posta elettronica certificata _____

La ASL elegge il proprio domicilio informatico alla casella PEC _____

Roma, _____

La ASL _____

L'Erogatore _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 e 1342 del c.c., l'Erogatore dichiara di aver preso visione ed accettare espressamente le clausole di cui agli articoli 2) Documentazione e adempimenti; 4) Volume di prestazioni erogabili e corrispettivi massimi; 5) Requisiti e modalità di erogazione delle Prestazioni Sanitarie; 6) Controlli e obblighi informativi dell'Erogatore, 7) Tariffe e Corrispettivi; 8) Modalità di

Allegato A

fatturazione, liquidazione e termini per il pagamento dei corrispettivi, 10) Cessione del Contratto; 11) Cessione dei crediti; 12) Risoluzione per grave inadempimento; 14) Clausola di salvaguardia.

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

La ASL

L'Erogatore

Allegato B

Contratto/Accordo per l'erogazione di prestazioni sanitarie per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale

Allegato B

Contratto/Accordo

tra

Regione Lazio, con sede in _____, Via _____ n. __, in persona _____, C.F. _____, P.I. _____ (di seguito per brevità "REGIONE"), da una parte
 e
 _____ (denominazione o ragione sociale o denominazione ente), con sede in via _____ che gestisce _____ (nome struttura o presidio), cod. struttura _____, erogatore di prestazioni di _____ (di seguito per brevità "Erogatore" o "Struttura"), dall'altra parte

La Regione e l'Erogatore sono di seguito congiuntamente denominati anche "parti" o, singolarmente, "parte"

Visto:

- a) l'art. 8 *quinquies*, comma 2 D. Lgs n. 502/92 e s.m.i.;
- b) l'art. 8 *quinquies*, comma 2, lettera e bis D. Lgs n. 502/92 e s.m.i.;
- c) l'art. 8 *quinquies*, comma 2-quater D. Lgs n. 502/92 e s.m.i.;
- d) l'art. 8 *quinquies*, comma 2 *quinquies* D. Lgs n. 502/92 che prevede espressamente: "*in caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso*";
- e) la L.R. 3 marzo 2003, n. 4 e s.m.i.;

Premesso che:

- a) con D.G.R. n. 149 del 6 marzo 2007 la Regione Lazio ha approvato il Piano di rientro nel quale hanno trovato organica sistemazione tutti gli obiettivi e le misure amministrative propedeutiche al conseguimento del programmato risanamento finanziario;
- b) la Legge 23 dicembre 2009, n. 191 ha previsto il mantenimento della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di Rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati come predisposti dal Commissario *ad acta*;
- c) in coerenza con gli obiettivi posti dal Piano di rientro, la Regione Lazio intende porre su basi di maggiore e compiuta certezza i rapporti tra le aziende sanitarie locali e gli erogatori privati di

Allegato B

prestazioni sanitarie e riformulare un modello contrattuale uniforme per la disciplina dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, che tenga conto dell'evoluzione normativa nazionale ed europea, orientata ad assicurare che le strutture siano in possesso, oltre i requisiti ulteriori per l'accreditamento, anche di requisiti minimi di affidabilità e onorabilità in ordine ad una corretta gestione del rapporto con la Regione, anche al fine di elevare standard di qualità e trasparenza;

d) i predetti obiettivi possono essere perseguiti, tra l'altro, attraverso l'acquisizione da parte della ASL competente della documentazione elencata all'articolo 2) del presente accordo;

e) che le tariffe regionali applicate sono quelle *ratione temporis* vigenti;

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

Tutto ciò premesso e considerato, parte integrante e sostanziale del presente accordo, le Parti convengono quanto segue:

Articolo 1)

Identificazione della struttura e dichiarazioni

1. L'Erogatore è titolare di autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale definitivo rilasciati con provvedimento del _____ per la struttura sita in _____, Via _____, ovvero è titolare di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento provvisorio, giusta provvedimento _____ ed è in corso la procedura finalizzata al rilascio del titolo di accreditamento definitivo istituzionale per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale, (di seguito denominata "Struttura").

La struttura eroga, in virtù dei titoli come sopra indicati, l'attività di: (Barrare la/e casella/e corrispondente/i)

- prestazioni di ricovero per acuti;
- prestazioni di riabilitazione post- acuzie;
- prestazioni di lungodegenza medica;
- prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- prestazioni APA;
- prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare;

Allegato B

- prestazioni di RSA;
- prestazioni Hospice;
- prestazioni di riabilitazione ex art. 26;
- prestazioni neuropsichiatriche;
- prestazioni a rimborso:
 - file F
 - prestazioni di dialisi
 - radioterapia
 - neonato sano;
- attività di cui all'art. 8-sexies, comma 2, D. Lgs. 502/92;
- maggiori costi connessi alle attività di didattica e ricerca ex art. 7, comma 2, D. Lgs. 517/99.

2. L'Erogatore esercita le prestazioni sanitarie per le quali è stato accreditato ovvero per le quali è in corso la procedura finalizzata al rilascio del titolo di accreditamento definitivo istituzionale, per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), nei limiti delle risorse assegnate.

3. Al tal fine, ferma restando l'acquisizione della documentazione di cui al successivo articolo 2), l'Erogatore dichiara:

- a) di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta e che nessun procedimento relativo è stato avviato nei suoi confronti;
- b) di aver / non aver presentato domanda di concordato preventivo;
- c) che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'articolo 67 del D. Lgs. 159 del 2011 (codice antimafia) in capo al/ai soggetto/i che ha/hanno la rappresentanza legale della struttura;
- d) di possedere alla data odierna tutti i requisiti strutturali, impiantistici, tecnologici ed organizzativi necessari per l'esercizio, presso la propria struttura, delle prestazioni sanitarie, impegnandosi a garantire la permanenza di detti requisiti per tutta la durata del presente Contratto; sono fatti salvi caso fortuito e forza maggiore.

Articolo 2)**Documentazione e adempimenti**

Allegato B

1. La Regione è tenuta ad acquisire, per tramite della struttura, ovvero direttamente, in considerazione di quanto previsto dall'art. 15 della L. n. 183/2011, la seguente documentazione:

- a) per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese (Fondazioni ed Enti no profit) la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previsti dall'art. 67 della normativa antimafia del legale rappresentante, dei componenti del Consiglio di Amministrazione e dei soggetti con poteri di gestione;
- b) dichiarazione rilasciata dal legale rappresentante della struttura, attestante l'ottemperanza agli obblighi informativi in materia di diritto al lavoro dei disabili - secondo le modalità di cui all'art. 9 L. 12 marzo 1999, n. 68, come modificato dall'art. 40 del D.L. 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2008, n. 133;
- c) certificato generale del casellario giudiziario dei soggetti che hanno la rappresentanza legale della struttura per le finalità precisate al successivo articolo 12);
- d) dichiarazione del legale rappresentante della struttura attestante l'avvenuta adozione del modello organizzativo di cui al D.Lgs. 231/2001 in materia di prevenzione dei reati;
- e) autocertificazione dell'insussistenza di situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. n. 412/1991.
- f) dichiarazione circa l'osservanza della normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro, circa l'avvenuta valutazione dei rischi nell'ambiente di lavoro e, in ogni caso, dell'adempimento a tutte le prescrizioni di cui di cui al Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81;

2. L'Erogatore è tenuto a trasmettere tutte le dichiarazioni sopra richieste e i dati anagrafici di tutti i soggetti per i quali deve essere acquisita la documentazione antimafia entro il 30 settembre dell'anno precedente a quello oggetto di stipula.

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

4. La Regione è tenuta a verificare la documentazione nel termine di 30 giorni dalla data di ricezione e, comunque, entro e non oltre il 30 ottobre di ciascun anno.

Allegato B

5. In caso di mancata produzione della documentazione ovvero delle indicazioni e dichiarazioni necessarie, la Regione diffida la struttura ad adempiere entro e non oltre 15 giorni; in caso di inottemperanza si applica quanto previsto al successivo articolo 12, comma 5.

Articolo 3)**Oggetto del Contratto**

1. Sino a concorrenza dell'importo massimo stabilito al successivo articolo 4), la Regione affida all'Erogatore lo svolgimento delle prestazioni sanitarie meglio indicate al superiore articolo 1) a favore degli aventi diritto che, esercitando libera scelta, opteranno di accedere per il tramite della Struttura dell'Erogatore alle prestazioni del Servizio Sanitario Regionale.
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.
3. La ASL territorialmente competente si impegna, in base alla vigente normativa, a remunerare la struttura nei limiti di seguito indicati.

Articolo 4)**Valorizzazione di prestazioni erogabili e corrispettivo massimo annuale/biennale****1.**

- a) per le prestazioni per acuti: il Budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____ è di € _____ comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari).

Le strutture che erogano prestazioni per acuti nell'ambito della programmazione regionale delle attività ospedaliere per acuti, nella logica dell'integrazione pubblico-privato e della solidarietà di sistema, sono tenute a mettere a disposizione i posti letto richiesti per il ricovero di pazienti provenienti da PS/DEA nel periodo di particolare congestionamento del settore dell'emergenza ospedaliera segnalato, dallo stesso PS/DEA e dalla relativa Direzione Sanitaria. L'attività di cui sopra non potrà comunque superare il limite massimo del 20% dell'attività di ricovero consentita alla struttura ed è ricompresa nei limiti del budget assegnato. Tali richieste debbono essere comunicate anche alla Regione Lazio, Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria. Il trasferimento da PS/DEA verso la struttura deve

Allegato B

essere obbligatoriamente accompagnato da una relazione clinica che, riportando le condizioni del paziente, ne certifichi la trasferibilità in sicurezza.

b) **per le prestazioni di riabilitazione post- acuzie:** il Budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____ è di € _____ comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari);

c) **per le prestazioni di lungodegenza medica:** il Budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari);

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

d.1) **laboratorio Analisi:** il Budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa; viene individuata una riserva del volume e del tetto di remunerazione in misura pari al 10% non utilizzabile nel periodo fino al 31 ottobre _____ (dell'anno precedente a quello oggetto di assegnazione del budget) posta a garanzia dell'assicurazione delle prestazioni nei mesi di novembre e dicembre;

d.2) **altra Specialistica:** il Budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa; viene individuata una riserva del volume e del tetto di remunerazione in misura pari al 10% non utilizzabile nel periodo fino al 31 ottobre _____ (dell'anno precedente a quello oggetto di assegnazione del budget) posta a garanzia dell'assicurazione delle prestazioni nei mesi di novembre e dicembre;

e) **per le prestazioni APA:** il Budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri

Allegato B

(comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa; viene individuata una riserva del volume e del tetto di remunerazione in misura pari al 10% non utilizzabile nel periodo fino al 31 ottobre _____ (dell'anno precedente a quello oggetto di assegnazione del budget) posta a garanzia dell'assicurazione delle prestazioni nei mesi di novembre e dicembre;

f) **per le prestazioni di RSA:** il Budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____ è di € _____. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio;

g) **per le prestazioni Hospice:** il Budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____ è di € _____. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio;

h) **per le prestazioni ex art. 26:** il Budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____ è di € _____. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio;

i) **per le prestazioni neuropsichiatriche:** il Budget all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____ è di € _____. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio;

j) **per i maggiori costi connessi all'attività di didattica e ricerca di cui all'art. 7, comma 2, D. Lgs. 517/99:** il finanziamento assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno/gli anni _____ è di € _____.

2. Tenuto conto di quanto chiarito sopra, l'Erogatore ha preso atto e con il presente Contratto conferma di accettare quale tetto massimo annuo _____ delle Prestazioni Sanitarie da erogare per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale (di seguito denominato "Tetto Massimo Annuo") l'importo di Euro _____ (_____/____), pari alla somma delle voci _____.

3. L'Erogatore si impegna a mettere settimanalmente a disposizione del sistema ReCUP regionale, non appena avviato, almeno il 30% delle proprie agende sul totale delle prestazioni erogabili, in conformità con quanto disposto dal DCA 437/2013, recante il "Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2013 - 2015" e dalla DGR 157/2014, in coerenza con i requisiti di accreditamento e di erogabilità di cui al DCA 313/2013.

Allegato B

4. Si conviene che il tetto massimo del fatturato oggetto del presente Contratto (di seguito "Tetto Massimo del Fatturato") deve comunque riassorbire le prestazioni sanitarie già eventualmente svolte dall'Erogatore sulla base di autorizzazione regionale al budget provvisorio commisurato mensilmente al budget definito l'anno precedente, ovvero fissato sulla base di provvedimenti regionali provvisori;

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 è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno, tenendo conto delle liste d'attesa e delle priorità assistenziali stabilite con apposito atto regionale, fermo restando che le prestazioni erogate oltre il Budget (tetto massimo) non sono riconosciute con onere a carico del SSR.

Le Parti, infatti, convengono espressamente che oltre il tetto massimo (Budget) stabilito dal presente contratto/accordo non sono riconosciuti oneri a carico del SSR e, ai fini del rispetto dei tetti di spesa sopra indicati, corrispondenti ai volumi di prestazioni massimi remunerati, si applica il disposto di cui all'art. 8-quinquies, comma 2 lettera e-bis del D. Lgs. n.502/92 e s.m.i richiamato nelle premesse.

Al fine del riconoscimento della remunerazione effettiva a consuntivo, oltre che del monitoraggio di cui all'art. 6), l'Erogatore è tenuto al rispetto delle procedure di validazione, verifica e controllo esterno di cui alla vigente normativa. All'erogatore viene riconosciuta la produzione, nei limiti del budget, da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte.

Articolo 5)**Requisiti e modalità di erogazione delle Prestazioni Sanitarie**

1. Le Prestazioni Sanitarie dovranno essere erogate nella piena osservanza delle applicabili disposizioni normative e regolamentari, nazionali e regionali in materia, avuto anche riguardo ai requisiti di cui alla D.G.R. 14.7.2006, n. 424, come aggiornati dai Decreti del Commissario *ad acta* nn. 90/2010 e 8/2011 e ss. mm. ed ii..

L'Erogatore dichiara e garantisce, inoltre, l'adeguatezza ed il perfetto stato d'uso delle apparecchiature per l'intera durata del contratto, fatti salvi caso fortuito e forza maggiore, 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.

2. L'erogazione della prestazione sanitaria, ammessa alla remunerazione a carico del SSR, è

Allegato B

subordinata alla richiesta compilata su Ricettario del SSN a cura del medico prescrittore, in conformità a quanto previsto dal DM 17 novembre 1988 n. 350, dal DM 17 marzo 2008 e Decreto 2 novembre 2011 e dalle disposizioni regionali in materia, ovvero attraverso lettera di trasferimento della struttura inviante o verbale di emergenza del sanitario della struttura accettante sul quale dovranno essere specificate le seguenti indicazioni:

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

3. Le prestazioni sanitarie sono erogate dalla struttura secondo le modalità e con le caratteristiche previste dai provvedimenti nazionali e regionali in materia ed, in ogni caso, nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento, di qualità e appropriatezza imposti dalla buona e diligente pratica professionale, secondo l'assetto organizzativo e funzionale di cui ai provvedimenti autorizzativi e di accreditamento che la struttura si impegna a rispettare per tutta la vigenza del presente contratto.

4. L'Erogatore si impegna a svolgere le prestazioni sanitarie nel pieno rispetto del D. Lgs. 196/2003 e ss. mm. ed ii. obbligandosi di osservare le misure minime di sicurezza e, segnatamente per il trattamento dei dati con strumenti elettronici, a predisporre quanto richiesto dall'art. 34 del richiamato Codice:

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

Allegato B

Si impegna, in ogni caso, al rispetto di quanto previsto al titolo V del D. Lgs. 196/2003, rubricato: *"Trattamento di dati personali in ambito sanitario"*.

5. Le prestazioni sanitarie dovranno essere erogate da personale operante presso la struttura che sia munito dei titoli professionali previsti dalla normativa e che non versi in situazione di incompatibilità secondo la normativa vigente in materia.

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

1. Al fine di verificare che le prestazioni siano rese conformemente alle applicabili prescrizioni di legge e nel rispetto del Contratto, la ASL competente per territorio 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 48 ore.

2. Nelle occasioni di verifica, che si svolgeranno alla presenza del legale rappresentante dell'Erogatore il quale, 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:

a) a predisporre condizioni organizzative tali da consentire l'acquisizione da parte della ASL e della Regione, anche attraverso gli strumenti informatici, di ogni dato ritenuto utile a legittimamente verificare il corretto adempimento;

b) a conservare la documentazione relativa alle Prestazioni Sanitarie rese, in funzione della sua successiva consegna alla ASL e della Regione.

3. In ogni caso l'Erogatore si impegna a consentire lo svolgimento dei controlli esterni come disciplinati dalle norme tempo per tempo vigenti.

4. La struttura si impegna a conservare, in ogni caso, anche mediante archivio informatico, tutta la documentazione amministrativa relativa alle prestazioni rese in favore degli utenti del servizio sanitario, per il periodo non inferiore a quello previsto dalle vigenti disposizioni e dagli atti di prassi nazionali e regionali. E' fatto salvo il periodo di conservazione prescritto per la documentazione sanitaria (circolare del Ministero della sanità n. 61 del 19 dicembre 1986 e s.m.i.).

5. La struttura si impegna a fornire tutta la documentazione richiesta dalla ASL ovvero dalla Regione

Allegato B

onde consentire lo svolgimento di controlli, verifiche, ovvero per adempiere ad attività statistiche e/o di analisi di flussi regionali e nazionali, nonché consentire il monitoraggio continuo delle prestazioni e del numero di pazienti trattati.

6. Di ciascun accesso preordinato all'acquisizione della documentazione, ovvero allo svolgimento dei controlli e delle verifiche, potrà essere redatto verbale di cui copia spetterà alla struttura.

La documentazione dovrà essere fornita, dalla struttura, entro il termine di 15 giorni dalla richiesta.

Articolo 7)**Tariffe e Corrispettivi**

1. Per ciascuna Prestazione Sanitaria resa nel rispetto della normativa applicabile e del presente Contratto, la ASL/Regione sarà obbligata a corrispondere all'Erogatore, entro i limiti del budget annuale assegnato, un importo calcolato facendo applicazione alle tariffe *ratione temporis* vigenti.

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.

Al presente accordo si applica, comunque, quanto disposto dall'art. 8 *quinquies*, comma 2, lett. c-bis) del D.Lgs. 502/1992, a mente del quale *"le modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato"*;

2. 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 sino alla intervenuta trasmissione dei dati medesimi.

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

Allegato B

1. L'istruttoria amministrativo-contabile verrà eseguita secondo i relativi provvedimenti regionali ed è condizionata alla presentazione della fatturazione.

2. La struttura si impegna, sin da ora, a fatturare secondo il "formato di fatturazione elettronica" in corso di adozione da parte della P.A., in adempimento a quanto previsto dal D.L. n. 66/2014;

3. La successiva validazione delle fatture, la liquidazione, la certificazione ed il pagamento dovranno avvenire in conformità alla normativa nazionale e regionale vigenti, nel rispetto, in ogni caso delle modalità e dei tempi di volta in volta in uso presso la Regione.

Per quel che concerne, in particolare, la fase di liquidazione delle fatture, si richiama quanto disposto dall'Accordo Pagamenti, approvato con i DCA 501/2013 e 20/2014, in tema di verifica della regolarità contributiva in capo alla struttura.

Articolo 9)**Decorrenza e durata**

1. Il presente contratto decorre dal _____ ed avrà durata sino al _____.

Articolo 10)**Cessione del Contratto**

1. Il presente Contratto non potrà essere ceduto in tutto o in parte senza il consenso della Regione. La cessione dello costituisce grave inadempimento ai sensi dell'art. 12) e causa di risoluzione del contratto.

Articolo 11)**Cessione dei crediti**

1. Nel caso di cessione, a qualsiasi titolo, dei crediti dell'Erogatore derivanti dal presente Contratto, l'Erogatore medesimo dovrà notificare l'atto di cessione alla ASL competente (al domicilio indicato nel presente accordo) a mezzo ufficiale giudiziario o, in alternativa, a mezzo piego raccomandato con avviso di ricevimento o con le ulteriori modalità di notifica previste dall'Accordo Pagamenti. Entro il termine di 45 giorni dalla ricezione dell'atto, trasmesso con le modalità di cui sopra, la ASL è tenuta a comunicare espressamente, al domicilio indicato nel presente accordo ovvero al fax o all'indirizzo di posta elettronica certificata indicata nel Sistema Pagamenti ovvero tramite il caricamento sul Sistema

Allegato B

Pagamenti, l'adesione o il diniego alla cessione. Decorso tale termine, la cessione avrà, comunque, efficacia nei confronti della ASL, anche ai fini dei controlli dovuti ai sensi della normativa vigente. L'amministrazione può opporre al cessionario tutte le eccezioni opponibili al cedente in base al presente contratto.

2. La ASL si impegna a comunicare l'accettazione della cessione del credito secondo un modello standard delineato dalla Regione;

3. Restano fermi ed impregiudicati gli eventuali ulteriori adempimenti connessi all'accordo tra Regione e struttura, avente ad oggetto i crediti sanitari e, in generale, agli accordi che regolano la procedura del Sistema Accordo Pagamenti.

Articolo 12)**Risoluzione per grave inadempimento**

1. Fermo ogni altro rimedio previsto nel Contratto e nella normativa applicabile, il presente Contratto si intenderà risolto *ipso iure*, su dichiarazione della Regione Lazio, in osservanza della procedura di cui in appresso, qualora intervenga uno o più delle ipotesi di seguito indicate:

- a) falsità di alcuna delle dichiarazioni rese all'art. 1) lettere a) del presente Contratto;
- b) accertata sussistenza delle cause di incompatibilità di cui all'art. 2) lettera f);
- c) violazione dell'art. 10 in materia di cessione del contratto;
- d) diniego definitivo e/o revoca dell'autorizzazione e/o dell'accREDITAMENTO definitivo, ovvero di quello provvisorio.

2. Il presente Contratto si intenderà altresì risolto, in osservanza della procedura di cui in appresso, qualora intervenga una o più delle ipotesi di seguito indicate che siano di rilevanza tale da determinare un grave inadempimento dell'erogatore:

- a) esistenza di condanne definitive a carico del legale rappresentante per reati contro la pubblica amministrazione;
- b) accertata violazione delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonei ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie (art. 2, lettera h);
- c) ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni di cui all'art. 5);
- d) impedimento al controllo esercitato da ASL o Regione Lazio ai sensi dell'art. 6);
- e) inosservanza degli obblighi di trasmissione dei dati di cui all'art. 6);

Allegato B

f) inosservanza di quanto previsto dall'art. 11) in materia di cessione del credito.

3. In caso di sospensione dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento si determina l'automatica sospensione degli effetti del presente contratto, fermo restando l'obbligo di assistere i pazienti già in carico.

4. Qualora la Regione ravvisi una delle condotte sopra indicate, ne fa contestazione scritta all'Erogatore, concedendo termine di 15 (quindici) giorni al medesimo per la produzione di documentazione e deduzioni scritte a eventuale confutazione. L'erogatore potrà all'uopo avvalersi dell'ausilio e dell'assistenza della propria Associazione di categoria rappresentativa delle strutture private accreditate. Trascorso tale termine, la Regione invierà la propria contestazione e le eventuali deduzioni scritte dell'Erogatore ed eventualmente dell'Associazione interpellata, con la relativa documentazione, alla Regione. La Regione potrà quindi procedere alla risoluzione del contratto, ovvero, per i casi di cui al comma 2, anche tenuto conto delle giustificazioni oltre che della entità della violazione, diffidare l'Erogatore alla regolarizzazione, assegnando al medesimo un termine congruo per provvedere. In difetto di adempimento, la Regione dichiarerà risolto il contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.

5. Fermo ed impregiudicato quanto sopra, la mancata trasmissione della documentazione di cui al superiore art. 2) lettere a), b), c), d), e), f) nei termini ivi determinati, senza congrua giustificazione da parte delle Strutture interessate, comporterà l'adozione, da parte della Regione, di un atto formale di diffida ad adempiere entro 15 giorni. La mancata ottemperanza preclude la stipula del contratto ovvero, in vigenza di contratto, è idonea a determinarne la sospensione automatica a decorrere dal primo giorno del mese successivo a quello di scadenza del quindicesimo giorno prescritto per l'adempimento. La sospensione non consente di porre a carico del SSR la produzione erogata dalla struttura; trascorsi sei mesi, nel caso di persistente adempimento, la Regione procede alla risoluzione del contratto stesso per inadempimento di obblighi informativi.

6. Resta fermo, in ogni caso, il diritto della Regione Lazio al risarcimento dei danni derivanti dall'inadempimento dell'Erogatore.

7. Fermo quanto sopra, in caso di sussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previste dall'art. 67 della normativa antimafia, il contratto sarà risolto *ipso iure* su dichiarazione della Regione senza concessione di termini per dedurre.

8. Resta inteso che, in caso di risoluzione, la struttura si impegna a non ricoverare pazienti (salvo che

Allegato B

per esigenze indifferibili e su richiesta dell'Azienda Sanitaria competente).

Articolo 13)**Controversie**

1. Tutte le controversie relative o derivanti dal presente Contratto, saranno rimesse alla competenza del Foro nella cui giurisdizione ha sede la Regione Lazio, con esclusione di ogni Foro concorrente.

Articolo 14)**Clausola di salvaguardia**

1. Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura accetta il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto, fatti salvi i diritti costituzionalmente garantiti.

2. Resta inteso che l'Erogatore si impegna ad adeguarsi a eventuali ulteriori requisiti che fossero richiesti per effetto di normativa nazionale e/o regionale intervenuta successivamente alla stipula del presente contratto, come pure ad adeguarsi a prescrizioni dettate da norme imperative.

3. Ai sensi dell'art. 8 *quinquies*, comma 2 *quinquies* D. Lgs. n. 502/92, in caso di mancata stipula degli accordi, l'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8 *quater* della struttura è sospeso.

Articolo 15)**Registrazione**

1. Il presente contratto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi del T.U. imposta di registro di cui al D.P.R. n. 131/1986.

Articolo 16)**Elezione di domicilio**

1. Le parti eleggono domicilio ad ogni effetto di legge e, segnatamente, per l'esecuzione del presente contratto presso i rispettivi indirizzi in epigrafe emarginati.

L'ente/ la società elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge all'indirizzo di posta elettronica certificata _____

Allegato B

La Regione elegge il proprio domicilio informatico alla casella PEC _____
Roma, _____

La Regione _____

L'Erogatore _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 e 1342 del c.c., l'Erogatore dichiara di aver preso visione ed accettare espressamente le clausole di cui agli articoli 2) Documentazione e adempimenti; 4) Volume di prestazioni erogabili e corrispettivi massimi; 5) Requisiti e modalità di erogazione delle Prestazioni Sanitarie; 6) Controlli e obblighi informativi dell'Erogatore, 7) Tariffe e Corrispettivi; 8) Modalità di fatturazione, liquidazione e termini per il pagamento dei corrispettivi, 10) Cessione del Contratto; 11) Cessione dei crediti; 12) Risoluzione per grave inadempimento; 14) Clausola di salvaguardia.

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

La Regione _____

L'Erogatore _____



Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 9 aprile 2013, n. U00100

Definizione budget 2013 delle strutture private erogatrici di prestazioni ospedaliere con onere SSR

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

Oggetto: Definizione budget 2013 delle strutture private erogatrici di prestazioni ospedaliere con onere SSR

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

VISTA la Legge Costituzionale n. 3 del 2001;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002 n. 1 e successive modifiche ed integrazioni, con particolare riferimento all'art. 98;

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 n. 311 del 2004 – legge finanziaria 2005 - 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 con l'individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1, comma 180 della L. 30 dicembre 2004 n. 311;

VISTA la DGR n. 149 del 06 marzo 2007 con la quale è stato approvato l'accordo sottoscritto in data 28 febbraio 2007 ed il Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione o razionalizzazione del Servizio Sanitario della Regione Lazio allo stesso allegato quale parte integrante;

VISTO il nuovo Patto per la Salute sancito in Conferenza Stato – Regioni e P.A. il 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14 è stato stabilito che per le Regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad Acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

PRESO ATTO che con deliberazione del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 Aprile 2010 la presidente Renata Polverini, è stata nominata Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi regionali per la spesa sanitaria;

DATO ATTO, altresì, che con Delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il dott. Giuseppe Antonio Spata è stato nominato Sub Commissario per l'attuazione del Piano di rientro della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei

provvedimenti da assumersi in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010;

PRESO ATTO che con delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 è stato stabilito di rimodulare le funzioni conferite al Dott. Giuseppe Antonio Spata con la deliberazione del 3 Marzo 2011, con particolare riferimento alle azioni ed interventi indicate nella medesima deliberazione del 20 gennaio 2012;

PRESO ATTO che con la medesima deliberazione il Dott. Gianni Giorgi è stato nominato Sub Commissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi e di riqualificazione del SSR Laziale, con particolare riferimento alle azioni ed interventi indicati nella stessa deliberazione del 20 gennaio 2012;

PRESO ATTO che con Deliberazione del Presidente del Consiglio dei Ministri del 16 ottobre 2012 al Dott. Enrico Bondi è stato conferito l'incarico di Commissario ad Acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Lazio, fino alla data di insediamento del nuovo presidente della Giunta della Regione Lazio e sono stati confermati i contenuti del mandato commissariale già affidato al Presidente pro tempore della Regione Lazio con delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012;

VISTA la Deliberazione del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 63 del 7 gennaio 2013 che, prendendo atto delle dimissioni dai propri incarichi istituzionali rassegnate dal Dott. Enrico Bondi, su proposta del Ministro dell'Economia e Finanze Grilli di concerto con il Ministro della Salute Balduzzi, ha conferito al Dott. Filippo Palumbo l'incarico di Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Lazio, fino al termine previsto dall'articolo 2, comma 84 bis, della legge n. 191/2009, ovvero fino all'insediamento del nuovo Presidente della Regione Lazio;

PRESO ATTO che con Deliberazione del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013 il Presidente della Giunta regionale del Lazio, Nicola Zingaretti, è stato nominato Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario della Regione Lazio;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni"* il quale, 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;

RILEVATO quanto previsto dal comma 8 dell'articolo 8 quater del D.Lgs 502/92 e s.m.i. per cui, in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies, sono tenute a porre a carico del servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale;

VISTO l'art. 8 quinquies, comma 2, del D.Lgs. 502/92 che prevede la stipula di contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati anche mediante intese con le loro associazioni rappresentative a livello regionale che indicano, tra l'altro:

- il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate risultante dalla applicazione

dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali (art. 8 quinquies, comma 2, lettera d);

- la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionali, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), ...omissis...(art. 8 quinquies, comma 2, lettera e- bis);

VISTO l'art. 8 quater, comma 2, del D.Lgs 502/92, che a tal proposito, prevede che la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui al suddetto art. 8 quinquies;

RILEVATO quanto previsto dall'art. 8 quinquies, comma 2 quinquies, D.Lgs. 502/1992 in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali;

VISTA la Legge 7 agosto 2012, n. 135 avente ad oggetto: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini";

PRESO ATTO che la L. 135/2012 in materia di determinazione dei tetti di spesa dell'assistenza ospedaliera da privato stabilisce che:

- "... si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011 dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013...";
- "Il livello di spesa determinatosi per il 2012 a seguito dell'applicazione della misura di contenimento di cui al presente comma costituisce il livello su cui si applicano le misure che le regioni devono adottare, a decorrere dal 2013";

RILEVATO che la giurisprudenza amministrativa, con sentenza TAR Lazio n. 1911/07, nel richiamare la decisione del Consiglio di Stato n. 499/03, ha rappresentato come la fissazione dei tetti di spesa costituisca oggetto di atto autoritativo di esclusiva competenza regionale e rappresenti un preciso ed ineludibile obbligo dettato da insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica;

RILEVATO inoltre, come, ai sensi della Sentenza del Consiglio di Stato, sez V, 26 novembre 2008 n. 5847, il provvedimento con il quale si fissa il tetto massimo per le prestazioni erogate da privati, non lede alcun affidamento dei titolari delle strutture accreditate;

RILEVATO che la recente giurisprudenza amministrativa, con sentenza del Consiglio di Stato in Adunanza Plenaria n. 3/2012 ha ribadito che: "... Alle Regioni è stato pertanto affidato il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti alla spesa sanitaria, in

coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell'ambito di una pianificazione finanziaria. Alla stregua di detta disciplina spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0017 del 9 marzo 2010 avente ad oggetto: *“Atto ricognitivo di cui al Decreto Commissariale U0096/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. A, numero 1) della L.R. 4/2003”;*

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0111 del 31.12.2010 avente ad oggetto: *“Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009 recante “Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 – 2012” - Integrazioni e modifiche.”;*

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0080 del 30.09.2010 avente ad oggetto: *“Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale”;*

PRESO ATTO delle avvenute intese di riconversione sottoscritte con le strutture private ai sensi di quanto previsto nel Decreto commissariale n. U0080/2010 e ratificate con relativi decreti commissariali;

PRESO ATTO ed applicati i criteri per la definizione dei livelli di finanziamento delle prestazioni sanitarie da privato per l'anno 2013 contenuti nella proposta inerente i Programmi Operativi 2013 - 2015 trasmessa formalmente ai Ministeri competenti dal Commissario ad Acta Dr. Filippo Palumbo con nota 517/CC/U dell'11 marzo 2013;

VISTI i decreti commissariali relativi all'assegnazione agli erogatori privati dei livelli massimi di finanziamento per l'anno 2012;

VISTO l'Atto di Organizzazione n. B7446 del 30.09.2011 del Direttore del Dipartimento, recante *“Direttiva al Direttore della Direzione Regionale “Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale” per l'istituzione di un'Area denominata “Ufficio Speciale Temporaneo per l'Attuazione della L.R. n.12/2011” e conseguente soppressione di un Ufficio”;*

VISTA la Determinazione Regionale n. B7691 del 07/10/2011 avente ad oggetto: *“Istituzione Area denominata – Ufficio Speciale Temporaneo per l'attuazione della L.R. n. 12/2011” della Direzione Regionale Programmazione e Risorse del S.S.R. con cui è stata istituita la nuova area con il compito di:*

- curare l'attuazione della L.R. n.12/2011, con riferimento alla procedura per la conferma delle autorizzazioni e rilascio degli accreditamenti istituzionali definitivi, ivi inclusi gli adempimenti connessi al rilascio dei provvedimenti finali;
- svolgere l'istruttoria e provvedere su tutte le domande presentate dalle strutture coinvolte nella suddetta procedura e volte ad ottenere l'ampliamento, la trasformazione, il trasferimento o la rimodulazione della struttura, il trasferimento della titolarità, cessione dell'autorizzazione all'esercizio;
- vigilare sulle strutture ai fini dell'adozione di eventuali provvedimenti di sospensione, revoca e decadenza dell'autorizzazione all'esercizio, nonché sospensione e revoca dell'accreditamento;

- curare l'attuazione delle intese di riconversione sottoscritte dagli erogatori privati e ratificate con Decreto del Commissario ad Acta in conseguenza del DCA n. 80 e 81 del 2010 e successive modificazioni e integrazioni, ivi incluse gli accordi di riorganizzazione e comunque modificativi dei sopra citati decreti commissariali, ivi inclusi gli adempimenti connessi al rilascio delle autorizzazioni all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale;

PRESO ATTO che con nota prot. n. 53839/DB.07.14 del 21.03.2013 l'Area competente ed il Direttore Regionale hanno previsto che nelle more della conclusione dell'iter di accreditamento istituzionale, i provvedimenti di definizione dei livelli massimi di finanziamento 2013 dovranno riguardare le medesime strutture oggetto dei provvedimenti di budget 2012;

VISTE le note prot. n. 35241 o n. 35425 del 21.02.2013 con cui le Associazioni di categoria sono state convocate, rispettivamente per riabilitazione/lungodegenza post-acuzie e per acuti, al fine dell'intesa ex art. 8 quinquies, D.Lgs. 502/92 s.m.i.;

PRESO ATTO che nell'incontro avente ad oggetto la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie non si è raggiunta alcuna intesa;

TENUTO CONTO che in seguito alcune Associazioni di categoria hanno manifestato la propria intenzione di non voler partecipare alle ulteriori riunioni già convocate;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 428 del 24.12.2012 avente ad oggetto: *"Definizione budget provvisori I trimestre 2013 delle strutture private erogatrici di prestazioni con onere SSR, Ospedali Classificati, IRCCS privati e Policlinici Universitari non statali."*;

PRESO ATTO della nota prot. n. 44355 del 08.03.2013 con cui la Regione - stante il disposto ex L. 135/2012 e quanto previsto dal Consiglio di Stato con sentenza n. 3/2012 - ha previsto i seguenti criteri di determinazione dei budget 2013 delle strutture private erogatrici di prestazioni ospedaliere:

- decurtazione dello 0,5 per cento del livello massimo di finanziamento dell'anno 2012 per singolo soggetto erogatore;
- per le strutture il cui tetto di spesa 2012 sia stato determinato in misura pari ad un'applicazione pro-quota delle intese di riconversione, l'abbattimento dello 0,5 per cento sarà applicato sulla stima su base annua del livello massimo di finanziamento post-riconversione;

RITENUTO necessario dare seguito alla regolarizzazione dei livelli massimi di finanziamento dell'assistenza ospedaliera assegnabili per l'anno 2013 in quanto provvedimento necessario e conseguente a precedenti decreti commissariali allo stato pienamente in vigore;

PRESO ATTO della nota prot. 43668/DB.08.13 del 07.03.2013 della Direzione Regionale Assetto istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale o della nota prot. 51719/DB.07.14 della Direzione Regionale Programmazione e Risorse del SSR 19.03.2013;

RITENUTO che, agli esiti dei procedimenti avviati con le suddette note, la competente struttura regionale provvederà alla eventuale rettifica del presente decreto commissariale;

PRESO ATTO dei chiarimenti richiesti con nota prot. 50317 del 18.03.2013;

RITENUTO che, agli esiti dei suddetti chiarimenti la competente struttura regionale provvederà

alla eventuale rettifica del presente decreto commissariale;

VISTA la nota prot. n. 55299/DB.07.14 del 25.03.2013 con cui è stata trasmessa la Determinazione n. B01097 del 22.03.2013 avente ad oggetto: *“Ospedale classificato San Carlo di Nancy gestito dalla Provincia Italiana della Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione (P.IVA. 00988411005) in persona del legale rapp.te p.t. Eugenio Luchetti. Sospensione dell'autorizzazione all'esercizio per la sede sita in Via Aurelia, 275 – 00165 Roma”;*

VISTO il Decreto TAR Lazio n. 1442 del 29.03.2013 con cui la sopracitata determinazione è stata provvisoriamente sospesa per un periodo di giorni 30 (trenta) decorrenti dalla data di notifica del medesimo decreto;

RITENUTO, pertanto, che agli esiti dei provvedimenti del Giudice Amministrativo, la competente struttura regionale provvederà alla eventuale rettifica del presente decreto commissariale;

RITENUTO di determinare il livello massimo di finanziamento delle prestazioni ospedaliere per acuti 2013 per singolo soggetto erogatore come indicato in “Allegato_1”, che costituisce parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO di determinare il livello massimo di finanziamento delle prestazioni ospedaliere di riabilitazione post-acuzie 2013 per singolo soggetto erogatore come indicato in “Allegato_2”, che costituisce parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO di determinare il livello massimo di finanziamento delle prestazioni ospedaliere di lungodegenza post-acuzie 2013 per singolo soggetto erogatore come indicato in “Allegato_3”, che costituisce parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO che i budget annuali 2013, di cui al presente decreto, ricomprendono comunque la produzione erogata nei mesi precedenti alla determinazione dei budget medesimi o relativa sottoscrizione degli accordi/contratti;

RITENUTO che i budget 2013, di cui al presente decreto, sono comprensivi anche delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari);

CONSIDERATO che la Regione si riserva espressamente la facoltà di rideterminare i budget di cui al presente decreto sulla scorta delle osservazioni avanzate dai ministeri affiancanti riguardo il medesimo provvedimento;

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

CONFERMATO che l'Erogatore è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno fermo restando che le prestazioni erogate oltre il tetto massimo (Budget) non sono riconosciute con onere a carico del S.S.R.;

STABILITO che all'Erogatore viene riconosciuta la produzione relativa al Budget assegnato da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, in applicazione della normativa nazionale e regionale sui controlli;

RITENUTO di rinviare per lo schema di contratto/accordo per l'anno 2013 e per le relative procedure di sottoscrizione, a quanto disciplinato nel Decreto del Commissario ad Acta avente ad oggetto *"Approvazione schema tipo di contratto/accordo per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le Aziende Sanitarie Locali/Regione e i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale"*;

RITENUTO che per la complessiva riorganizzazione le competenti Aziende Sanitarie dovranno vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate e accreditate;

RIBADITO quanto previsto dall'art. 8-quater, comma 2, D.Lgs. 502/92;

DECRETA

le premesse sono parti integranti del presente provvedimento

1. di determinare il livello massimo di finanziamento delle prestazioni ospedaliere per acuti 2013 per singolo soggetto erogatore come indicato in "Allegato_1", che costituisce parte integrante del presente provvedimento;
2. di determinare il livello massimo di finanziamento delle prestazioni ospedaliere di riabilitazione post-acuzie 2013 per singolo soggetto erogatore come indicato in "Allegato_2", che costituisce parte integrante del presente provvedimento;
3. di determinare il livello massimo di finanziamento delle prestazioni ospedaliere di lungodegenza post-acuzie 2013 per singolo soggetto erogatore come indicato in "Allegato_3", che costituisce parte integrante del presente provvedimento;
4. che il presente provvedimento potrà subire rettifica anche in ordine agli esiti dei procedimenti avviati con note prot. 43668/DB.08.13 del 07.03.2013 della Direzione Regionale Assetto

istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale e prot. 51719/DB.07.14 del 19.03.2013 della Direzione Regionale Programmazione e Risorse del SSR, in ordine ai chiarimenti richiesti con nota prot. 50317 del 18.03.2013, in ordine alle decisioni del giudice amministrativo a seguito del decreto TAR Lazio n. 1442 del 29.03.2013;

5. che i budget annuali 2013, di cui al presente decreto, ricomprendono comunque la produzione erogata nei mesi precedenti alla determinazione dei budget medesimi e relativa sottoscrizione degli accordi/contratti;
6. che i budget 2013, di cui al presente decreto, sono comprensivi anche delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari);
7. di stabilire che la Regione si riserva espressamente la facoltà di rideterminare i budget di cui al presente decreto sulla scorta delle osservazioni avanzate dai ministeri affiancanti riguardo il medesimo provvedimento;
8. che la definizione dei budget rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento;
9. che l'Erogatore è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno fermo restando che le prestazioni erogate oltre il tetto massimo (Budget) non sono riconosciute con onere a carico del S.S.R.;
10. che all'Erogatore viene riconosciuta la produzione relativa al Budget assegnato da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, in applicazione della normativa nazionale e regionale sui controlli;
11. di rinviare per lo schema di contratto/accordo per l'anno 2013 e per le relative procedure di sottoscrizione a quanto disciplinato nel Decreto del Commissario ad Acta avente ad oggetto *"Approvazione schema tipo di contratto/accordo per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le Aziende Sanitarie Locali/Regione e i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale"*;
12. che per la complessiva riorganizzazione le competenti Aziende Sanitarie dovranno vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate e accreditate;
13. di prevedere in caso di mancata sottoscrizione dei suddetti accordi l'applicazione dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, D.Lgs. 502/92.

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

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

NICOLA ZINGARETTI

COA	DENOMINAZIONE		BUDGET 2013
101	120079	Villa Domelia	5.876.784
101	120083	Villa Valeria	4.564.606
101	120084	Villa Tiberia	14.937.357
101	120105	Marco Polo	2.632.878
101		TOTALE ASL RMA	28.011.625
102	120132	Garancieri	12.189.626
102	120166	Nuova Ifor	12.573.078
102		TOTALE ASL RMB	24.762.704
103	120089	NCL	2.849.952
103	120116	San Luca	3.207.394
103	120143	Concordia Hospital	3.982.565
103	120155	Chirurgia Addominale all'Eur	4.655.898
103	120157	Fabia Mater	10.387.333
103	120169	Annunziata	4.655.898
103		TOTALE ASL RMC	29.739.040
104	120113	Villa Pia	7.007.742
104	120171	Citta' di Roma	12.818.728
104	120173	European Hospital	13.690.311
104	120191	Merry House	2.002.624
104		TOTALE ASL RMD	35.519.405
105	120097	Villa Aurora	5.357.738
105	120115	Santa Famiglia	7.652.395
105	120159	Nuova Villa Claudia	4.439.050
105	120163	San Feliciano	10.487.411
105	120180	Aurelia Hospital	24.252.979
105		TOTALE ASL RME	52.189.573
106	120140	Siligato	2.032.840
106		TOTALE ASL RME	2.032.840
108	120082	Villa delle Querce	3.483.702
108	120096	Madonna delle Grazie	10.007.044
108	120134	San'Anna	10.530.233
108	120176	Istituto Neurotraumatologico Italiano	13.597.236
108	120280	San Raffaele Montecompatri	1.811.265
108		TOTALE ASL RMI	39.429.480
109	120014	Santa Teresa del Bambino Gesù	2.169.535
109	120012	Salus	1.838.601
109		TOTALE ASL VT	4.008.136
111	120209	Casa del Sole	8.063.650
111	120212	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	20.283.956
111	120213	San Marco	1.362.622
111	120215	Citta' di Aprilia	9.087.938
111		TOTALE ASL LT	38.798.166
112	120230	San'Anna	4.382.022
112	120234	Villa Gioia	2.986.779
112	120235	Villa Serena	2.254.636
112	120236	Santa Teresa	3.026.650
112		TOTALE ASL FR	12.650.087
		TOTALE ACUTI PRIVATI	267.141.056
101	120072	San Giovanni Calibita - FBF	47.661.899
103	120076	Madre Giuseppina Vannini - Figlie di San Camillo	32.338.477
104	120075	Israelitico	23.068.816
105	120071	San Pietro - Fatebenefratelli	49.631.841
105	120073	San Carlo di Nancy	33.360.723
105	120074	Cristo Re	20.772.864
108	120070	Regina Apostolorum	23.159.699
		TOTALE ACUTI CLASSIFICATI	229.994.319
103	120915	Campus Biomedico	69.387.663
105	120905	Policlinico A. Gemelli	264.144.725
		TOTALE ACUTI POL. UNIV. PRIVATI	333.532.388
104	120910	San Raffaele Pisana	2.675.567
105	120911	Istituto Dermatologico dell'Immacolata	30.392.679
		TOTALE ACUTI IRCCS PRIVATI	33.068.247
		TOTALE ACUTI	863.736.010

CODICE REGIONALE	DENOMINAZIONE	POSTI LETTO			BUDGET 2013		
		ORD.	DH	TOT	ORD	DH	TOT.
120087	Policlinico Italia	72	8	80	5.727.078	820.410	6.547.488
120104	Villa Fulvia	135	15	150	10.946.833	1.523.981	12.470.814
120089	Neurologic Centre of Latium	9	1	10	740.441	101.593	842.034
120135	Mater Misericordiae	31	0	31	2.482.885	-	2.482.885
120130	Villa Sandra	130	14	144	10.537.516	1.456.390	11.993.906
120168	San Raffaele - Portuense	87	9	96	7.179.933	978.300	8.158.233
120146	Santa Rita da Cascia	30	0	30	2.397.919	-	2.397.919
120163	San Feliciano	19	1	20	1.511.753	101.447	1.613.200
120179	Ancelle del Buon Pastore	41	4	45	3.227.951	404.952	3.632.903
120180	Aurelia Hospital	49	5	54	3.869.816	501.935	4.371.751
120328	Fond. Don C. Gnocchi	20	0	20	1.649.336	-	1.649.336
120088	Medicus Hotel Monteripoli	58	6	64	4.595.212	604.994	5.200.206
120186	Nomentana Hospital	110	0	110	8.733.656	-	8.733.656
120199	Villa Dante	31	3	34	2.464.386	299.166	2.763.552
120273	Villa Luana	20	0	20	1.628.118	-	1.628.118
120082	Villa delle Querce	143	5	148	11.385.042	497.314	11.882.356
120131	Villa del Pini	29	3	32	2.345.966	308.398	2.654.364
120176	INI	60	7	67	4.920.358	769.579	5.689.937
120280	San Raffaele Montecompatri	86	9	95	6.796.110	913.019	7.709.129
120015	Villa Immacolata	103	0	103	8.415.883	-	8.415.883
120212	ICOT	109	12	121	9.084.641	1.255.435	10.340.076
120214	IF C. FRANCESCOINI	77	0	77	6.256.513	-	6.256.513
120278	Villa Silvana	27	3	30	2.164.840	326.658	2.491.498
120277	San Raffaele - Cassino	126	14	140	10.585.219	1.530.480	12.115.699
	San Raffaele - Cassino (cod. 75)	20			2.485.015	-	2.485.015
120279	INI Città Bianca	57	6	63	4.702.875	635.123	5.337.998
TOTALE	CASE DI CURA				136.835.295	13.029.174	149.864.469
120915	Campus	11	0	11	866.801	-	866.801
12905	Gemelli	40	0	40	3.337.526	-	3.337.526
TOTALE	POL. UNIV. PRIVATI				4.204.327	-	4.204.327
120910	San Raffaele Pisana	241	27	268	20.038.979	2.860.794	22.899.773
120909	Santa Lucia	147	18	165	12.378.473	1.937.630	14.316.103
	Santa Lucia (cod. 75)	160	0	160	19.880.121	-	19.880.121
TOTALE	IRCCS PRIVATI				52.297.573	4.798.424	57.095.997
TOTALE	RIABILITAZIONE				193.337.195	17.827.598	211.164.793

ASL	ISTITUTO		POSTI LETTO	BUDGET 2013
101	079	Villa Domelia	21	960.021
103	139	Clinica Latina	30	1.371.458
104	113	Villa Pia	40	1.828.611
104	191	Merry House	41	1.874.326
104	262	Villa Maria Immacolata	42	1.920.042
105	179	Ancelle del Buon Pastore	47	2.148.618
105	264	Villa Verde	60	2.742.917
106	197	Climatico Santo Volto	22	1.005.736
107	186	Nomentana Hospital	98	4.480.097
108	082	Villa delle Querce	55	2.514.340
108	122	San Raffaele Rocca di Papa	95	4.342.951
108	131	Villa dei Pini	56	2.560.056
109	015	Villa Immacolata	31	1.417.174
112	277	San Raffaele Cassino	69	3.154.354
TOTALE LUNGODEGENZA				32.320.701