

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

DECRETO n.

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 *quinqües*;
- 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 *quinqües*, 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 *quinqües*, comma 2 *quinqües*, che prevede in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali, la sospensione dell’accreditamento istituzionale di cui all’articolo 8-*quater*;
- l’art. 8 *quinqües*, 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-CONFSALUTE-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 e 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 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. 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) previsione 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) previsione 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) previsione 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 e/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



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

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 *quiquies*, comma 2 D. Lgs n. 502/92 e s.m.i.;
- b) l’art. 8 *quiquies*, comma 2, lettera e bis D. Lgs n. 502/92 e s.m.i.;
- c) l’art. 8 *quiquies*, comma 2-quater D. Lgs n. 502/92 e s.m.i.;
- d) l’art. 8 *quiquies*, comma 2 *quiquies* 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 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;
- 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

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:

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.

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.

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 € _____,

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,**

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.

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;

- 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;

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*

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.

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.

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

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.

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 connessi 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

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

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

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

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;

- 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

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.

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

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

(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.

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

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.

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

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 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.

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) 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);

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

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 *quinqües*, comma 2 *quinqües* 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 _____

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 _____