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

ECCELLENTISSIMO TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE DEL LAZIO – Sez. III quater – Ric. 993/2013
produzione per

l'"Istituto Figlie di San Camillo" - Ospedale "Madre Giuseppina Vannini",

contro

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

nei confronti

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

nonché nei confronti

dell'**AUSL Roma C;**
del **Ministero della Salute;**
del **Ministero dell'Economia e delle Finanze;**
del **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;**

INDICE DEGLI ATTI

n. ordine

REGNI AGGIUNTI

A Originale del ricorso notificato il 15/17.6.2013;

B Copia della procura ad negotia, rilasciata dalla Superiora Generale e legale rappresentante dell'Istituto, Reverenda Madre Laura Biondo, in religione Suor Laura, del 12.7.2011, Repertorio n. 26092 – Atto n. 9226 ad opera del Notaio Dott. Giorgio Perrotta, Notaio in Roma;

1 Copia del Decreto del Commissario ad Acta del 9.4.2013 n. 100 (provvedimento impugnato);

2 Copia del Decreto del Commissario ad Acta del 9.4.2013 n. 183 (provvedimento impugnato).

Roma, 27 giugno 2013

(Avv. Silvio Bozzi)

20 GIU 2013

PROT - 0130460062

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

URGENZA
SCADE IL
17-6-203

ORIGINALE

MANDATO

Io sottoscritta Reverenda Gabriella Marzio, in religione Suor Gabriella, in qualità di Procuratore Generale dell'"Istituto Figlie di San Camillo" – Ospedale "Madre Giuseppina Vannini" con sede in Roma, Via Acqua Bullicante, 4, delego l'Avv. Silvio Bozzi, a rappresentare e difendere detto Ospedale nel presente giudizio, conferendogli ogni più ampia facoltà di legge, giusta procura ad negotia, rilasciata dalla Superiora Generale e legale rappresentante dell'Istituto, Reverenda Madre Laura Biondo, in religione Suor Laura, del 12.7.2011 Repertorio n. 26092 – Atto n.9226 ad opera del Notaio Dott. Giorgio Perrotta, Notaio in Roma.
Eleggo domicilio presso lo Studio dell'Avv. Silvio Bozzi, sito in Roma, Viale Regina Margherita, 1. (Studio Legale già soci Recchia e Associati).

Sr. Gabriella Marzio

ECCELLENTISSIMO TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE DEL LAZIO Sez. – III quater
Motivi aggiunti al ricorso n. 993 del 2013

per l'"**Istituto Figlie di San Camillo" - Ospedale "Madre Giuseppina Vannini**", con sede in Roma, Via Acqua Bullicante n. 4 – C.F. 01588540581, in persona del Procuratore Generale, Reverenda Gabriella Marzio, in religione Suor Gabriella, giusta procura ad negotia, rilasciata dalla Superiora Generale e legale rappresentante dell'Istituto, Reverenda Madre Laura Biondo, in religione Suor Laura, del 12.7.2011 Repertorio n. 26092 – Atto n.9226 ad opera del Notaio Dott. Giorgio Perrotta, Notaio in Roma - rappresentata e difesa, dall'Avv. Silvio Bozzi (C.F. BZZSLV66H03A783M; fax 06/8551844; e-mail: silviobozzi@ordineavvocatiroma.org), ed elettivamente domiciliato presso lo Studio dell'Avv. Silvio Bozzi in Roma, Viale Regina Margherita, 1 (Studio Legale già soci Recchia e Associati); il tutto come da delega a margine del presente atto;

contro

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

nei confronti

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

nonché nei confronti

dell'**AUSL Roma C,** in persona del rappresentante legale pro – tempore;

E' autentica

del **Ministero della Salute**, in persona del Ministro pro – tempore;
del **Ministero dell'Economia e delle Finanze**, in persona del Ministro pro – tempore;
del **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali**, in persona del Ministro pro – tempore;

* * *

per l'annullamento del decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. 100 del 9.4.2013 – avente ad oggetto "*definizione budget 2013 delle strutture private erogatrici di prestazioni ospedaliere a carico del SSN*" – pubblicato sul BURL n. 32 del 18.4.2013; nonché, in parte qua, del decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. 183 del 9.4.2013 – avente ad oggetto *approvazione 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 nazionale*" - pubblicato sul BURL n. 32 del 16.4.2013; nonché dell'eventuale provvedimento di validazione dei suddetti decreti ad opera del Ministero del Lavoro e del Ministero dell'Economia e delle Finanze; nonché di ogni altro atto presupposto, conseguente e connesso.

FATTO

L'ospedale ricorrente

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

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

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

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

Elementi essenziali dei decreti impugnati.

Per quel che interessa in questa sede, il decreto n. 100 del 2013, con il comma 1 del dispositivo, ha approvato l'allegato contenente il livello massimo (budget) 2013 di finanziamento per ogni soggetto erogatore.

Il comma 38 della motivazione precisa che il predetto budget 2013 è stato determinato – sulla base di quanto previsto dalla legge n. 135 del 2012 – decurtando dell'0,50% il budget già stabilito per il 2012.

Il decreto n. 100 del 2013 ha stabilito anche delle regole di funzionamento del sistema di finanziamento.

Queste regole vanno coordinate con quanto disposto dal decreto n. 183 del 2013 e dai relativi allegati.

Sintesi degli elementi essenziali dei motivi di ricorso. Sulla necessità dei motivi aggiunti.

- Il ricorso ha un principale e fondamentale motivo.

Più precisamente, si intende dimostrare che le riduzioni imposte dalla legge n. 135 del 2012 si applicano solo all'ospedalità privata, ma non anche agli ospedali classificati che hanno una natura equiparata ai pubblici e quindi non sono soggetti a tetto alla spesa.

- Con un secondo motivo di ricorso si intende dimostrare che il decreto n. 100 del 2013 soffre, in via derivata, dei vizi che invalidano la definizione del budget 2012.

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

Il budget 2012 è stato inizialmente stabilito con decreto n. 88 del 2012; quindi, il budget di cui al decreto n. 88 del 2012 è stato oggetto di una prima riduzione dell'0,50 – ex legge n. 135 del 2012 – ad opera del decreto n. 349 del 2012.

Al fine, il decreto n. 100 del 2013 ha individuato i budget 2013 in virtù di un ulteriore decurtazione dell'0,50 – ex legge n. 135 del 2012 – al budget del 2012.

Il budget 2012, stabilito inizialmente con decreto n. 88 del 2012, è stato oggetto di ricorso, da parte dell'ospedale ricorrente, pendente dinanzi a codesta Sezione con il **n. 8853 del 2012; rispetto a questo ricorso si presenta specifica <u>istanza di riunione</u>; è evidente, infatti, che l'annullamento dell'originario budget 2012 determina anche l'annullamento conseguenziale del budget 2013, che è stato stabilito comunque con riferimento all'originario budget 2012.**

Inoltre – fermo restando la predetta istanza di riunione - con la seconda censura di questi motivi aggiunti si intende ribadire che l'Amministrazione ha errato nella concreta applicazione delle percentuali di riduzione previste dalla l. n. 135 del 2012 rispetto al 2012 ed operate dal decreto n. 349 del 2012; questa riduzione ha degli effetti derivati anche sul 2013, **con conseguente necessità dei presenti motivi aggiunti**; infatti la riduzione dell'ulteriore 0,50%, ad opera del decreto n. 100 del 2013, viene applicata alla somma già individuata dal decreto n. 349 del 2012.

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

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

- In ogni caso, con ulteriore motivi, si intende dimostrare - a prescindere dalla illegittimità del tetto, delle riduzioni imposte dalla legge n. 135 del 2012 e delle modalità procedimentali con cui sono state stabilite – che il sistema di funzionamento del budget, come delineato dal decreto n. 100 del 013 e dal decreto n. 183 del 2013 – è illegittimo e contrario alla legge.

Anche in questo caso rileva la natura degli ospedali classificati.

I decreti impugnati sono illegittimi per le seguenti argomentazioni in

DIRITTO

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

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

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

Rimane comunque il dato di fatto che il budget 2012 è stabilito inizialmente con decreto n. 88 del 2012, che è stato oggetto di ricorso, da parte dell'ospedale ricorrente, pendente dinanzi a codesta Sezione con il n. 8851 del 2012.

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

VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI IMPARZIALITÁ EX ART. 97. VIOLAZIONE DELL'ART. 4 COMMA 12 DEL DLGS.VO N. 502/92 DELL'ART. 8 Quinquies DEL DLGS.VO N. 502/92. VIOLAZIONE DEL D.M. DEL 30.6.97. ECCESSO DI POTERE PER DISPARITÁ DI TRATTAMENTO. ECCESSO DI POTERE PER CONTRADDITTORIETA'.

Con questo motivo si intende contestare che il provvedimento impugnato non ha tenuto in alcun conto la natura degli ospedali classificati rispetto ai quali la giurisprudenza di questa sezione ha ripetutamente affermato che non è prevista l'apposizione di tetti.

Sulla particolare natura degli ospedali classificati

Gli ospedali classificati rappresentano una realtà organizzativa del tutto particolare, disciplinata ai sensi dell'art. 1 della l. n. 132/68.

La loro particolare natura giuridica é stata ribadita, anzi maggiormente sottolineata, dalla nuova riforma sanitaria.

Più specificamente, l'art. 4 comma 12 del dlgs.vo n. 502/92, proprio con riferimento agli ospedali classificati ai sensi della l. n. 132/68, così come individuati per il tramite del riferimento all'art. 41 l. n. 833/78, ha previsto che *"Entro un anno dalla data di entrata in vigore del D.lgs 7 dicembre 1993, n. 517, i requisiti tecnico - organizzativi ed i regolamenti sulla dotazione organica e sull'organizzazione dei predetti presidi sono adeguati, per la parte compatibile, ai principi del presente decreto e quelli di cui all'art. 4, comma 7, della l. 30.12.1991, n. 412, e sono approvati con decreto del Ministero della Sanità."*

In sostanza, é evidente che, alla luce delle norme soprarichiamate, l'ospedale classificato ricorrente é gravato da una serie di obblighi organizzativi, che determinano un naturale aumento dei costi di gestione.

Sul punto si ricorda la circolare del Ministero della Sanità prot. n. 100.1/2195.

In essa, dopo una lunga ricostruzione normativa, si legge che *"Il nuovo assetto ordinamentale di cui al dlgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni non hanno modificato la situazione degli ospedali classificati....*

A tal proposito occorre richiamare l'art. 4, comma 12, del dlgs. 502/92 e le prescrizioni ivi contenute....

*L'espressa menzione di detti enti nell'art. 4 del dlgs. 502/92 e cioé la loro collocazione nell'ambito delle Aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri; la previsione, in capo agli stessi, di un onere di adeguamento (sia per quel che concerne i requisiti tecnico - organizzativi che la parte del personale e dell'organizzazione dei presidi) ai principi del Decreto legislativo 502/92...**costituiscono elementi di certezza della considerazione di detti enti nel settore sanitario pubblico...".***

Peraltro, la nuova formulazione dell'art. 1 co. 18 del dlgs.vo . 502/92, così come modificato dal dlgs.vo n. 229/99, prevede che "*Le istituzioni e gli organismi a scopo lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate di cui all'articolo 4, comma 12, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico - culturale dei servizi alla persona...*".

Quindi, prosegue la circolare, trattasi *di "...elementi integranti le strutture del Sevizio sanitario nazionale..."*, che hanno *"...una particolare posizione, considerandoli Enti già compresi nel circuito del servizio pubblico..."; **"In buona sostanza, si ritiene che la posizione degli Enti di cui alle disposizioni soprarichiamate di pieno inserimento nel servizio pubblico...alla stessa stregua di qualsiasi ospedale pubblico..."*** (si vedano le pagg. 3 e 4 della circolare).

In sintesi gli ospedali classificati si caratterizzano per una posizione molto peculiare, tale che essi sono onerati da una serie di obblighi organizzativi che li rendono differenti dalle case di cura private e li rendono simili alle strutture pubbliche, pur salvaguardandone l'autonomia giuridico amministrativa dei propri enti titolari.

Anche per quanto riguarda gli aspetti relativi alla remunerazione, è stata da sempre riconosciuta una differenza tra gli ospedali classificati e le case di cura private.

Nella predetta circolare si legge che *"In conclusione, non paiono giustificati eventuali orientamenti tendenti a porre sullo stesso piano gli Istituti ed Enti di cui si discute con le case di cura private."* (si vedano le pagg. 4 e 5 della circolare).

Nel medesimo senso, la Giurisprudenza (si veda la sentenza del TAR Puglia Sez. I n. 1980 del 16.12.1999 e la sentenza TAR Puglia - Bari II Sez. n. 435 dell'11.5.98

Sulla illegittimità dell'apposizione dei tetti agli ospedali classificati

Procedendo oltre, si tenga conto che, sotto un diverso profilo, la speciale natura e regime degli ospedali classificati ha fatto sì che è la stessa apposizione dei tetti a essere stata definita illegittima.

In altri termini, gli ospedali classificati, in virtù della loro equiparazione al pubblico, non sono assoggettati a nessun tetto.

In questo senso, si consideri quanto affermato dalla sentenza del TAR Campania Sez. I n. 3016/2007, confermata dalla sentenza del C.d.S. Sez. V n. 1858 del 2008.

In sintesi, la sentenza del C.d.S. Sez.V n. 1858/08 ha affermato che *"...per le strutture che risultano consustanziali al sistema sanitario nazionali (ospedali pubblici, ospedali classificati, i.r.c.c.s., etc.) non è neppure teorizzabile l'interruzione delle prestazioni agli assistiti al raggiungimento di un ipotetico limite economicamente fissato..."*; questa differenza si riflette anche in considerazione del diverso strumento, previsto dall'art. 8 quinquies del dlgs.vo n. 502 del 1992, per gli ospedali pubblici e classificati – l'accordo – e per le strutture private – il contratto -. (v. sentenza del C.d.S. Sez.V n. 1858/08, nonché C.d.S. Sez. V n. 3263 del 2009 e n. 1514 del 16.3.2010, si vedano pure le sentenze del TAR Campania Sez. I n. 3016/2007, la sentenza del TAR Campania Sez. I n. 1683/2010, del TAR Lazio Sez. III Quater n. 389 del 2011 e **nn. 1197 e 1198 del 2011**).

In questa senso, da ultima, la sentenza di codesta Sezione n. 7742 del 2011 ha ricordato che, secondo consolidata giurisprudenza, l'ospedale classificato è comunque obbligato ad erogare tutte le prestazioni richieste.
Non è, quindi, nemmeno ipotizzabile l'apposizione di un tetto.
La legge n. 135 del 2012, quindi, si applica solo alle strutture private e non anche agli ospedali classificati.
A riguardo si consideri che l'ordinanza del C.d.S. Sez. III n. 01815 del 2013 – trasmessa da dal C.D.S. in relazione alla fase cautelare consumatasi sul ricorso ordinario - tra i vari aspetti problematici che hanno giustificato l'accoglimento delle richiesta cautelare ha considerato anche la natura particolare degli ospedali classificati.
VIOLAZIONE DELL'ART. 15 COMMA 14 DELLA L. 135 DEL 2012. ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO E DIFETTO DI ISTRUTTORIA, ILLOGICITA' E DISPARITA' DI TRATTAMENTO.

Con questo motivo si intende dimostrare che – fermo restando l'illegittimità dei tetti alla spesa per gli ospedali classificati - l'Amministrazione ha errato nella concreta applicazione delle percentuali di riduzione previste dal dalla l. n. 135 del 2012 rispetto al 2012 e, quindi, in via derivata rispetto al 2013.

Si procederà, quindi, ad esporre sinteticamente le ragioni - presenti nel ricorso introduttivo – che fondano l'illegittimità del decreto del Commissario ad acta della Regione Lazio n. 349 del 2012 del 22.11.2012 che ha applicato al budget del 2012 le riduzioni imposte dalla *"Legge del 7 agosto 2012 n. 135"*.
Si ricorderà che con il ricorso originario il decreto n. 349 del 2012 è stato censurato perché ha determinato per il 2012 un taglio dei finanziamenti del 6,8519, che va ben oltre la misura prevista dalla legge dell'0,50 ***con riferimento alla sola assistenza ospedaliera,***

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

Nel ricorso introduttivo, abbiamo dimostrato che il predetto art. 15 comma 14 – coordinato con l'art. 17 comma 1 lettera a) in esso richiamato – intende stabilire dei chiari limiti solo alla spesa per ***"l'assistenza ospedaliera"*****, ovvero** ***per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati... per l'assistenza ospedaliera..."*****, in relazione ai relativi** ***"...volumi d'acquisto..."*****.**
Orbene, la lettera della norma fa riferimento ***all'assistenza ospedaliera,*** **che si ricorderà è contabilizzata in maniera autonoma e si riferisce solo** ***al volume d'acquisto delle prestazioni ospedaliere.***

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

Negli stessi termini, è evidente che il riferimento al volume d'acquisto delle prestazioni ospedaliere è molto chiaro nel lasciare intendere che la norma non intende imporre alcun risparmio alle spese relative *alle "funzioni"*; si ricorderà, come detto nel ricorso originario, che le *funzioni* – in quanto riferite ai costi organizzativi di specifici programmi assistenziali – non vengono remunerate in relazione ad un volume di prestazioni contabilizzate nel 2011 in relazione alla voce *"assistenza ospedaliera"*, ma vengono remunerate con finanziamenti specifici contabilizzati nel 2011 nell'ambito della voce *quota a destinazione finalizzata* (come si ricorderà, nel ricorso introduttivo si è dimostrato che sistema di remunerazione delle funzioni per il 2012, di cui al decreto n. 115/2012, non si basa su volumi di prestazioni ma su finanziamenti specifici per programmi di assistenza; nel ricorso originario si è dimostrato anche la contabilizzazione autonoma delle risorse relative all'assistenza ospedaliera e alle funzioni, - di cui la tabella che si ritrova all'interno della motivazione del decreto n. 113 del 2011 - doc. depositato – dove le cosiddette funzioni sono oggetto di una classificazione contabile separata come voce *quota a destinazione finalizzata*, differente dalla voce relativa l'attività ad *assistenza ospedaliera* contabilizzata in maniera autonoma).

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

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

Orbene, il comma 21 della motivazione del decreto n. 349 del 2012 fa riferimento al consuntivo **dell'attività ospedaliera 2011, ovvero** a due sottovoci **dell'assistenza ospedaliera del CE consuntivato 2011; trattasi delle due sottovoci *dell'assistenza***

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

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

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

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

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

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

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

Al contrario, per poter coprire, con la spesa consuntivata 2011 – ridotta dell'0,50% - anche il pagamento di costi ulteriori – ovvero estranei agli acquisti delle prestazioni dei budget dell'assistenza ospedaliera del 2012 - i privati devono "*contenere*" la spesa riservata ai loro acquisti 2012 delle prestazione dei budget 2102 dell'assistenza ospedaliera per *"far posto"* – ovvero, ci consenta un'altra espressione gergale, *lasciare spazio* - anche a costi diversi e ulteriori.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Istanza istruttoria

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

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

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

Sull'illegittimità derivata e su un profilo di illegittimità proprio del decreto n. 100 del 2013.

Come detto più volte, l'Amministrazione ha errato nella concreta applicazione delle percentuali di riduzione previste dalla l. n. 135 del 2012 rispetto al 2012 e, quindi, in via derivata rispetto al 2013, laddove ha effettuato una decurtazione ulteriore dell'0,50%, rispetto allo 0,50 del 2012, per una ammontare complessivo dell'1% in relazione al 2013.
Tenuto conto che il calcolo del 2013 si è comunque basato sull'importo del 2012 – erroneamente identificato – anche l'importo del 2013 è illegittimo.
Esiste, però, un profilo autonomo di illegittimità proprio del decreto n. 100 del 2013.
L'art. 15 impone solo di applicare per il 2013 un ulteriore riduzione dell'0,50 alla spesa consuntivata del 2011.
Come detto, però, l'Amministrazione, per il 2012, ha individuato un taglio superiore financo al 6,00 % perché ha ritenuto di dover utilizzare la spesa consuntivata del 2011 per pagare i costi dell'assistenza ospedaliera e di altri ulteriori costi relativi al 2012.
Trattasi di metodo completamente errato.
In ogni caso, se l'Amministrazione intendeva utilizzare correttamente questo metodo anche per il 2013, avrebbe dovuto dapprima applicare la riduzione dell'1% alla spesa consuntivata 2011 e poi verificare quali fossero le necessità e i costi dell'assistenza ospedaliera e delle ulteriori attività che il suo metodo contempla per il 2013.
Solo dopo questa operazione sarebbe stato possibile individuare quale era il taglio reale che il metodo dell'Amministrazione – quantunque illegittimo – imponeva per il 2013.

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

Con questo motivo, si intende dimostrare che, comunque sia, l'Amministrazione nell'applicazione dei tetti di cui alla l. n. 135 del 2012 non ha rispettato i principi procedimentali che devono presiedere alla loro determinazione.
Inoltre, non ha tenuto conto della speciale natura degli ospedali classificati.

Illegittimità – sotto il profilo dell'illegittimità derivata e sotto il profilo di vizio autonomo relativo al 2013 - della scelta di prevedere una medesima riduzione della spesa per il volume delle prestazioni in relazione a tutti i soggetti, prescindendo dalla dimensione del budget storico e dalla titolarità di specifici funzioni emergenziali da parte dei singoli soggetti considerati.

Come già detto, in relazione al budget 2012, sicuramente l'art. 15 prevede una riduzione complessiva della spesa dell'0,50 relativamente *all'assistenza ospedaliera.*
Orbene, all'interno di questa riduzione complessiva dell'0,50, la norma non esclude che, al fine di raggiungere questa riduzione complessiva dell'0,50, possono essere stabilite delle riduzioni fisse differenziate in relazione alle varie tipologie di soggetti erogatori; riduzione differenziate che comunque consentano di raggiungere la riduzione complessiva dell'0,50.
In questo senso, non risponde ai più elementari canoni della logicità amministrativa prevedere una medesima riduzione del tagli alla spesa in relazione a soggetti che hanno già dei budget storici relativi al volume delle prestazione ospedaliera molto differenziati tra loro.
E' evidente, infatti, che soggetti, come l'ospedale ricorrente, che hanno dei budget molto alti hanno una riconosciuta e acclarata propensione ad attrarre utenza molto più ampia dei soggetti che hanno un budget molto più limitato; in virtù di questa maggiore propensione è evidente che un medesima riduzione dei tagli ha effetti negativi molto più ampi rispetto a coloro che hanno dei budget più alti rispetto a coloro che hanno dei budget ridotti.
Sotto un secondo profilo, si è già detto nel ricorso introduttivo della completa irrazionalità di gravare della medesima percentuale di riduzione sia i soggetti come l'ospedale ricorrente – titolari di *"funzioni"* importanti come quelle dell'emergenza – che i soggetti che sono completamente privi di *funzioni.*
E' evidente che i primi hanno una capacità attrattiva – determinata dall'esistenza della rete dell'emergenza – che non consente la medesima percentuale di riduzione dei soggetti che ne sono privi.
Il mancato rispetto dei predetti canoni razionalità vizia sia la determinazione dei budget 2013, sia in via derivata – in virtù dell'illegittimità dei budget 2012 presupposti – sia in via autonoma.

Sulla violazione dei principi procedimentali di cui alla l. n. 241/90.violazione dell'art. 32 comma 8 della legge n. 449 del 27.12.1997, dell'art. 1 comma 32 della l. 23.12.1996, n. 662, dell'art. 2 comma 8 della l. 28 dicembre 1995 n. 549 e dell'art. 8 quinquies del d.lgs. n. 502/92.

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

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

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

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

Nel caso di specie, questi principi sono stati completamente disattesi sia in relazione ai budget 2012 che in relazione ai budget 2013.

Il mancato rispetto dei predetti canoni razionalità vizia sia la determinazione dei budget 2013, sia in via derivata – in virtù dell'illegittimità dei budget 2012 presupposti – sia in via autonoma.

Sull'illegittima equiparazione degli ospedali classificati alle case di cura private.

Nel primo motivo abbiamo verificato che – prescindere dalla illegittimità dei tetti previsti per gli ospedali classificati – non è ammissibile che le differenze tra questi ultimi e case di cura private non vengano tenute in conto nelle determinazioni relative alle modalità di remunerazione.

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

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

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

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

***

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

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

La giurisprudenza da sempre ha segnalato che il nuovo sistema sanitario deve comunque ispirarsi a dei criteri di leale collaborazione e di programmazione ancorata a principi di mercato (si vedano la sentenza la sentenza n. 2603/98 del 12.1O.98 e la sentenza del Cons. Stato Sez. V, 11-08-2010, n. 5632 □Casa di Cura "C.G.i" S.p.A. c. Regione Lombardia e altri, si vedano anche la sentenza della medesima Sez. V n. 4085 /2010; la stessa Corte Costituzionale è intervenuta **con la sentenza della Corte Cost. n. 416 del 28.7.1995).**

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

globalmente risultante dalla applicazione dei ***valori tariffari*** *e della remunerazione extratariffaria delle funzioni...."* (comma 2 lettera d).

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

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

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

Solo la predeterminazione di questi elementi consente al soggetto erogatore di individuare il suo utile di impresa attraverso i ricavi complessivi – di cui al budget – i ricavi specifici di cui alla singola tariffa per le prestazioni e i costi legati evidentemente al numero delle prestazioni.

Se così non fosse, il potere dell'Amministrazione nella definizione di una proposta d'accordo andrebbe ben oltre la discrezionalità di cui essa gode nel fissare la misura e l'entità degli elementi oggetto della proposta, ma sconfinerebbe in un potere amministrativo arbitrario che non soggiace a nessun legge, in contrasto con i più elementari principi costituzionali.

In assenza di una proposta che ha i requisiti essenziali di legge richiesti per la sua stessa esistenza, l'ospedale scrivente non è posto in condizioni di firmare l' accordo (sulla natura essenziale dei predetti elementi identificativi del **budget complessivo,** la giurisprudenza è molto chiara Cons. Stato Sez. V Sent., 22-12-2008, n. 6485 □Regione Lazio c. S.F.K.T.D.F.E.M. s.r.l, Cons. Stato Sez. V Sent., 20-10-2008, n. 5111 e TAR Lazio Sez. III n. 2364 del 27.3.2000)

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

***

Sull'assenza di qualunque riferimento al numero delle prestazioni.

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

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

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

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

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

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

Orbene, questa previsione è evidentemente contraddittoria.

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

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

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

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

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

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

***

Sull'assenza di una tariffa predefinita.

L'indeterminatezza della proposta d'accordo – tale da determinare la sua stessa inesistenza – è vieppiù aggravata dal fatto che la Regione non chiarisce quali sia la misura formale della tariffa applicabile, a prescindere da quanto sopra detto dal numero delle prestazioni da erogare .

Infatti, si consideri che l'ultimo aggiornamento delle tariffe operato dalla Regione Lazio – di cui alla delibera n. 436/2007 – è stato oggetto di annullamento.

Per comodità riepilogativa, si tenga conto che nella sentenza del TAR Lazio Sez. III Quater nn. 774 del 2011 si legge che *il Collegio, infatti, deve rilevare, come ampiamente già esposto in fattispecie analoghe (cfr. sent. n. 1197del 2011), che, nelle more del giudizio, la situazione della disciplina della remunerazione delle prestazioni sanitarie si è evoluta in modo sostanziale: infatti, il presupposto d.m. 12.9.2006 e la censurata delibera di GR n. 436/2007, allo stato, risultano già annullati nelle varie disposizioni generali e specifiche su tutte le tariffe di interesse della ricorrente. Come precisato dalla Sezione con la sentenza n. 4640 del 2011, pertanto, dall'intervenuto annullamento della delibera n. 436 cit. con riferimento alla disposizioni generali e specifiche, consegue necessariamente l'annullamento in via derivata anche dei vari budget erroneamente assegnati alla ricorrente medesima in applicazione di tariffe regionali illegittime, dovendo, dunque, procedere la Regione alla rideterminazione dei relativi limiti di budget.*

Insomma è chiaro che, allo stato, le ultime tariffe stabilite dalla Regione Lazio sono state annullate, con conseguente illegittimità dei budget stabiliti sulla base di tariffe inesistenti.

Trattasi di elemento di non poco conto.

Infatti – a presiedere da quanto detto circa la tariffa effettiva determinata dall'applicazione del tetto al numero reale delle prestazioni – la mancanza di un tariffa formale definita fa venire meno anche il presupposto di base per sapere quale sia la remunerazione e i ricavi per ogni prestazione.

Non vi è chi non veda che cambia molto per un operatore sapere quale sia il parametro di riferimento per la remunerazione delle prestazioni.

Trattasi di deficienza a cui non può certamente sopperire quanto previsto dall'art. 8 quinquies comma 2 lettera e-bis – richiamato dai provvedimenti impugnati – secondo cui una modifica delle tariffe intervenuta nel corso dell'anno non modifica il budget complessivo.

Infatti, una cosa è la possibilità di una modifica delle tariffe e un'altra è l'assenza di qualunque tariffa ab origine.

Peraltro questa indeterminatezza delle tariffe è vieppiù illegittima in quanto collegata anche alla indeterminatezza delle numero delle prestazioni.
Insomma, l'ospedale complessivo è posto in condizione di conoscere solo il budget complessivo, ma non anche il numero delle prestazione e la tariffa/ricavi prevista per ogni prestazione.
Ne consegue che l'ospedale ricorrente è in grado di conoscere la somma complessiva che riceverà, ma non anche la misura dell'attività e dei ricavi che per conseguire da essa.
Il tutto con la conseguente impossibilità di non poter conoscere preventivamente gli utili che può conseguire dalla sua attività.

***

Sulla remunerazione delle funzioni.
Da ultimo si ricorderà che l' 8 quinquies del dlgs.vo n. 502/1992 comma 2 lettera d prevede che "... *il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e* ***della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo,*** *da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d)".*

E' evidente, quindi, che uno dei requisiti della proposta, essenziale per la sua stessa esistenza, è costituito da una dimensione unitaria che fa riferimento non solo alla remunerazione a tariffa delle prestazioni per ricoveri per acuti e specialistica ambulatoriale, di cui all'art. 8 sexies, ma anche alla remunerazione extratariffaria delle funzioni, di cui sempre al predetto art. 8 sexies.

Orbene, i decreti impugnati non fanno alcun riferimento alla remunerazione delle funzioni.
Trattasi di valore economico determinante per valutare complessivamente l'impatto economico dell'intero servizio, costituito non solo dall'erogazione delle prestazioni remunerate a tariffa, ma anche delle prestazioni attinenti alle funzioni; la struttura dell'Ospedale scrivente sostiene unitariamente i costi di entrambi i servizi, così da aver necessità di un quadro complessivo delle risorse di cui potrà beneficiare in relazione ad entrambi i servizi.
Peraltro, si consideri che l'art. 8 sexies comma 1 che *"le funzioni assistenziali di cui al comma 2 (si tratta di alcune funzioni particolari non remunerate a tariffa predefinita per prestazione) sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza".*

Insomma, è evidente che le funzioni hanno un rilievo economico particolare, tant'è che esse vengono remunerate sulla base del costo standard di produzione.
Tale essendo la loro rilevanza, risulta ancora più incompleta la proposta d'accordo che avrebbe dovuto fare riferimento anche al loro costo.

***

Alla luce delle predette argomentazioni, emerge chiaramente che la proposta d'accordo di cui si discute è così indeterminata, da risultare inesistente.
La predetta proposta non consente ai soggetti erogatori programmare la loro attività secondo la logica propria di una programmazione di mercato, così come richiede la corretta applicazione dell'art. 8 comma 5 del Dlgs.vo n. 502/92, dell'art. 97 e dell'art. 41della Cost.

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

Con questa censura si intende innanzitutto contestare una previsione specifica contenuta nell'art. 4 comma lettera a) dell'allegato A al decreto n. 183 del 2013.
Inoltre si intende contestare che il sistema non preveda che le prestazioni in pronto soccorso non devono rientrare nei limiti del tetto in quanto devono essere remunerate con riferimento al loro integrale costo, a prescindere dall'esistenza di un tetto.
Le previsioni di cui decreto n. 183 del 2013 impugnato.
Il predetto art. 4 comma 1 prevede che "*...nell'ambito della programmazione regionale delle attività ospedaliere per acuti, nella logica della integrazione pubblico-privato, e della solidarietà di sistema le strutture sono tenute a mettere a disposizione i posti letti richiesti per il ricovero di pazienti provenienti da PS/DEA nel periodo di particolare congestionamento del settore dell'emergenza ospedaliera segnalato, previo preavviso di almeno tre giorni, dallo stesso PS/DEA e dalla relativa Direzione Sanitaria: l'attività di cui sopra non potrà comunque superare il limite massimo del 15% dei ricoveri del 2012 della struttura stessa ed è ricompresa nei limiti dei budget assegnato...*".

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

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

L'erogazione delle relative prestazioni rientrerà comunque nel budget assegnato per il 2012, anche se questi ricoveri potranno arrivare financo a raggiungere il limite massimo del 15% dei ricoveri del 2012.

***

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

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

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

A fronte di questo obbligo si presentano due scenari.

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

Orbene, a fronte dell'obbligo di garantire un numero di ricoveri d'emergenza pari al 15% del 2012, si consideri la possibilità che la struttura ricorrente programmi la sua attività in misura tale da riservare e conservare sempre libera una quota dei suoi posti letto da destinarli alla predetta percentuale di ricoveri pari al 15% del 2012.

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

Vediamo quale è la conseguenza che determina questo scenario.

In questa ipotesi si deve considerare che la richiesta di ricoveri ulteriori, nella misura del 15% del 2012, è comunque una mera eventualità.

Ne consegue che, qualora questa eventualità non si verifichi, la struttura avrà inutilmente riservato il 15% della sua capacità produttiva per delle prestazioni che poi non sono state richieste.

Quindi, in termini economici, la struttura avrà teoricamente beneficiato di un determinato budget, pari a quello del 2012, ma concretamente lo ha potuto utilizzare in una misura ridotta del 15%; il tutto al fine di potere essere pronta ad erogare prestazioni, pari al 15% del 2012, che, però, non si sono mai concretizzate.

Insomma, trattasi di budget indeterminato nei limiti di una percentuale che può arrivare al 15%.

b. Il secondo scenario prevede la possibilità che le prestazioni ulteriori, nella misura del 15% del 2012, vengano ulteriormente richieste nonostante che la struttura abbia già un carico di prestazioni che raggiunge i ricoveri per il 2012, al netto, quindi, dai ricoveri **"imposti"** dal congestionamento della rete di emergenza.

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

Orbene – fermi restando i predetti ricoveri riconducibili alla sua normale capacità attrattiva - la struttura dovrà pure erogare i ricoveri ulteriormente richiesti dal congestionamento della rete dell'emergenza, che possono raggiungere anche un livello massimo del 15% dei ricoveri del 2012.

Questo significa che la struttura ricorrente, quantunque raggiunga già da sé un numero di ricoveri pari a quelli del 2012, dovrà, comunque, accogliere un ulteriore numero di ricoveri, pari al 15% di quelli del 2012, eventualmente richiesti dal congestionamento della rete dell'emergenza.

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

L'elemento del sistema completamente illegittimo e penalizzante è costituito, però, dal fatto che la struttura ricorrente dovrà provvedere ai costi previsti per ospitare gli stessi pazienti del 2012, nonché una maggiorazione del 15%, con le medesime risorse previsti per il 2012.

In questo senso, *l'attività di cui sopra non potrà comunque superare il limite massimo del 15% dei ricoveri del 2012 della struttura stessa ed è ricompresa nei limiti dei budget assegnato...".*

A fronte di una remunerazione (ricavi) pari a quella 2011, c'è il rischio che la struttura deve sostenere i costi per un numero di prestazioni molto superiore, anche del 15%, a quelle erogate nel 2012, con conseguente riduzione degli utili nelle medesima misura del 15 %.

Quindi, c'è il rischio che le ulteriori prestazioni a quelle erogate nel 2012 saranno erogate gratuitamente, ovvero senza la previsione di una specifica remunerazione, con un ricavo pari a zero.

In questo caso ad essere indeterminato è la misura degli utili complessivi che può arrivare financo ad una riduzione pari al 15%.

***

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

O impone alla struttura di esporsi al rischio di utilizzare il proprio budget in una misura ridotta financo del 15%, rispetto a quello teoricamente attribuito; il tutto con conseguente indeterminatezza del budget nei limiti massimi di questa percentuale.

O impone – nell'ipotesi più verosimile rispetto all'ospedale ricorrente - alla struttura di utilizzare per intero il proprio budget, ma rispetto ad un numero di prestazioni superiore a quelle previste per il 2012, financo del 15%; in questo caso si genera un indeterminatezza ancora più grave, avente per oggetto la possibilità che queste ulteriori prestazioni siano erogate con un ricavo pari a zero e una riduzione della misura degli utili che po' diminuire financo del 15%.

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

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

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

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

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

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

Invero, le prestazioni d'emergenza non solo non possono essere private di alcuna remunerazione – seppure nei limiti del 15% dei ricoveri per il 2011 – ma devono essere remunerate per intero e al di fuori di qualunque tetto rigido e predeterminato.

Si consideri, infatti, che la lettera b) del comma 2 dell'art. 8 quinquies fa riferimento alla *"... remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse dell'accordo..."*, laddove si

intende specificare che le funzioni non sono remunerate con budget fisso, vincolato ad un numero di prestazioni predefinite e ad una tariffa.

L'art. 8 sexies comma 1 prevede che. *"Ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le attività di cui al comma 4 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione".*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

***

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

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

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

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

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

Si consideri, inoltre, la qualifica di incaricato di pubblico servizio che consegue al rapporto concessorio conseguente all'erogazione di servizi per il S.S.N; nel caso di specie, tenuto conto della natura pubblicistica degli ospedali classificati, da tempo la giurisprudenza ha affermato che ***"Deve riconoscersi la qualifica di pubblico ufficiale al medico primario di una casa di cura appartenente ad un ente religioso quando detta***

casa di cura sia classificata come ospedale ed inserita come tale nel ssn" **(si veda la sentenza della Cass. Sez. IV del 22.2.2007).**

Insomma, i medici che esercitano presso la struttura degli ospedali ricorrenti sono qualificati come pubblici ufficiali.
Tale essendo la natura degli ospedali classificati è evidente che essi non possono in alcun modo sottrarre all'erogazione di prestazioni d'emergenza, pena l'irrogazione di gravi sanzioni penali.

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

Come già detto la Corte Costituzionale ha affermato che il sistema di remunerazione del servizio sanitario per essere conforme al principio di buona amministrazione ex art. 97 deve rispettare i*"...principi di economicità e di mercato e collaborazione e programmazione organizzativa..."* (si veda la sentenza della C.C. n. 416 del 1995).
Quindi, **come già detto,** la Corte Costituzionale ha ripetutamente affermato che il sistema di remunerazione è esente da censure di incostituzionalità rispetto all'art. 41 ogniqualvolta non risulta *"...comprovata la compromissione di ogni margine di utile, quindi la lesione della libertà di iniziativa economica..."* (si veda la sentenza n. 94/2009), ovvero quando assicura un *"...ridotto, ma ragionevole margine di utile..."* (si veda la sentenza n. 279/2006)
Nel caso di specie, il mancato ristoro di tutti i costi delle prestazioni d'emergenza, che l'ospedale è costretto comunque ad erogare, esclude evidentemente in radice la possibilità di realizzare qualunque utile, con evidente violazione dell'art. 41 della costituzione.
VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI BUONA AMMINISTRAZIONE. ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO. VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI BUONA AMMINISTRAZIONE EX ART. 97 COST. ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO. ECCESSO DI POTERE DIFETTO D'ISTRUTTORIA.
Con questo motivo si intende censurare il decreto n. 100 del 2013 nella parte in cui ha specificato che nei tetti di cui si discute sono previste anche le prestazioni rese ai soggetti residenti fuori regione (si veda il comma 6 del dispositivo).
E' evidente che si tratta di previsione illegittima.
Infatti, le predette prestazioni sono pagate dalle altre Regioni.

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

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

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

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

Con questo motivo si intende contestare la previsione di cui all'art. 7 dell'allegato A al decreto n. 183 del 2013, secondo cui *"Il corrispettivo così definito è omnicomprensivo e remunerativo di ogni onere, costo e spesa che l'Erogatore dovrà sostenere per l'esercizio delle Prestazioni Sanitarie"*.

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

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

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

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

E' importante, ancora, precisare che la lettera e comma 3 del predetto articolo pur prevedendo *"il vincolo di crescita delle voci dei costi di produzione... secondo modalità che garantiscano che, complessivamente, la loro crescita non sia superiore, a decorrere dal 2005, al 2 per cento annuo rispetto ai dati previsionali indicati nel bilancio dell'anno precedente (al netto di eventuali costi di personale di competenza di precedenti esercizi)"*, ha chiaramente disposto *"l'esclusione di quelli per il personale cui si applica la specifica normativa di settore."*

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

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

L'articolo 9 prevede quanto segue.

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

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

Il comma 71 dell'art. 2 della legge finanziaria n. 191/2009 ha confermato la vigenza di questa previsione. *"Fermo restando quanto previsto al comma 16, per gli enti del Servizio sanitario nazionale continua a trovare applicazione l'obbligo contabile disposto dall'articolo 9, comma 1, del decreto-legge 30 settembre 2005, n. 203, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 dicembre 2005, n. 248";* **anzi, il comma 72 del medesimo art. 2 prevede che gli oneri contrattuali non saranno considerati rilevanti ai fini del contenimento della spesa.**

Da ultimo il comma 21 dell'art. 15 del d.l. n. 95 del 2012 ha stabilito che ***Il comma 3 dell'articolo 17 del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98 convertito, con modificazioni,***

dalla legge 15 luglio 2011, n. 111 è sostituito dai seguenti:□«3. Le disposizioni di cui all'articolo 2, commi 71 e 72, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 si applicano anche in ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015".

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

Trattasi di previsione specifica e tassativa, **tant'è che è previsto uno specifico accantonamento.**

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

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

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

Si ricorderà che si tratta di una disciplina che si basa sul medesimo strumento, ovvero l'accordo previsto dall'art. 8 quinquies del dlgs.vo n. 502 del 1992.

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

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

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

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

In data 22.3.2001, la predetta Conferenza ha previsto un tavolo di monitoraggio per la *"verifica delle spese relative ai costi per l'esclusività di rapporto per l'anno 2001,*

relativamente agli ospedali classificati, IRCCS, Aziende miste e Policlinici Universitari".

In data 8 agosto 2001, la predetta Conferenza che ha chiaramente previsto, al punto 17, uno specifico riferimento, nell'ambito delle risorse di cui al punto 6, alle *"...risorse per far fronte ai maggiori oneri relativi alle spese per l'esclusività di rapporto per gli ospedali classificati..."*; al punto 6 dell'Accordo vengono definiti i finanziamenti del SSN per gli anni 2002, 2003 e 2004 e vengono previste delle somme aggiuntive (per le finalità di cui al punto 17, fra gli altri) di 2.000 millardi per l'anno 200 e 2003 e 1.500 per il 2004 (come è noto l'indennità di esclusività è una voce specifica degli oneri contrattuali; quindi, sin dal 2001 – ovvero successivamente all'introduzione del sistema di remunerazione a tariffa, di cui al dlgs.vo n. 502/1992 - il nostro ordinamento ha previsto il finanziamento di voci contrattuali delle retribuzioni dei dipendenti degli ospedali classificati).

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

Trattasi di determinazioni che provengono dall'organo più autorevole, ovvero da quella Conferenza Stato – Regione deputata , ai sensi dall'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, a individuare una serie di obblighi delle Regioni, finalizzati al contenimento della spesa sanitaria, condizionanti l'accesso delle Regioni al finanziamento integrativo a carico dello Stato; tra questi obblighi vi è proprio l'accantonamento delle somme di cui si discute, previsto dal citato art. 9 del d.l. n. 203 del 30.9.2005, convertito in l. n. 248 del 2.12.05, e confermato dai commi 17 e 71 della l. n. 191/2009 (legge finanziario 2010).

Nel medesimo senso, si consideri anche l'attività del CIPE, che, si ricorderà, costituisce l'organo deputato, ai sensi del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, articolo 39, comma 1, all'assegnazione annuale alle Regioni e alle Province autonome delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente.

Ebbene, la delibera n. 8 del 14.3.2003 – già richiamata – ha previsto, in relazione alla determinazione della quota di parte corrente del Servizio Sanitario Nazionale relativa al 2003, l'accantonamento di euro 147.416.940 per il finanziamento dell'esclusività di rapporto per l'anno 2001, relativamente agli ospedali classificati, IRCCS, Aziende miste e Policlinici Universitari; quindi la delibera n. 205 del 3.9.205 ha deciso quanto segue: *"A valere sull'accantonamento previsto dalla delibera CIPE 15 marzo 2003, n. 8, è ripartita tra le Regioni interessate la somma di euro 147.416.940 per il finanziamento dell'esclusività di rapporto per l'anno 2001, relativamente agli*

ospedali classificati, IRCCS, Aziende miste e Policlinici Universitari"; **per la Regione Lazio era prevista la somma di 36.079.239.**

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

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

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

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

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

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

Infine, la mozione del Consiglio Regionale n. 101 del 17.5.2006 ha impegnato la Giunta ***"...ad individuare, nel bilancio di previsione regionale, lo stanziamento necessario alla copertura degli oneri derivanti, per i bienni 2004 – 2003 e 2006 – 2007, dal rinnovo dei contratti collettivi nazionali ...e degli accordi collettivi nazionali per il personale...degli ospedali classificati...".***

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

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

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

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

Nel comma 5 della motivazione dell'Intesa si legge, infatti, che *"...la presente intesa non pregiudica i diritti vantati dalle strutture equiparate in ragione ai rinnovi contrattuali e indennità di esclusività medica per il personale medico dirigenziale e sulla natura giuridica degli ospedali classificati...;la Regione ribadisce che la questione sollevata relativa agli oneri per i rinnovi contrattuali verrà affrontata solo in caso di trasferimento di risorse da parte del Governo."*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'effetto distorsivo di sistema è evidente.

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

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

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

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

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

***

P. Q. M.

Si chiede che codesto Ecc.mo Tribunale accolga il presente ricorso, annullando i provvedimenti impugnati.
Ove necessario sollevi la questione di incostituzionalità dell'art. 8 quinquies e sexies del dlgs.vo n. 502/92 per violazione dell'art. 41 e dell'art. 97 della costituzione.
Ove necessario sollevi la questione di costituzionalità dell'art. 9 del d.l. n. 203 del 30.9.2005, convertito in l. n. 248 del 2.12.05, dell'art. 2 commi 71 e 72 della l. n. 191/2009 e dell'art. 17 comma 3 del d.l. n. 98 del 2011, come modificato ed integrato, per violazione degli art. 3 e 97 Costit..
Il tutto con ogni conseguenza di legge, anche in ordine alle spese.

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

Si dichiara che il valore della presente controversia è indeterminabile e pertanto si assolve mediante il versamento del contributo unificato di € 650,00.
Roma, 13 giugno 2013

(Avv. Silvio Bozzi)

RELATA DI NOTIFICAZIONE

Si notifichi il suesteso atto

1 - al **Commissario delegato al Piano di rientro per il disavanzo del Settore Sanitario della Regione Lazio,** rappresentato e difeso dall'Avvocatura Generale dello Stato nel suo domicilio per legge in Roma, Via dei Portoghesi, 12, CAP 00186, consegnandone copia conforme a mani di

2 - al **Commissario delegato al Piano di rientro per i disavanzi del Settore Sanitario della Regione Lazio**, presso la sua sede in Roma alla via Cristoforo Colombo, 212, CAP 00145, consegnandone copia conforme a mani di

3- alla **Regione Lazio,** in persona del Presidente *pro - tempore*, rappresentata e difesa dall'Avv. Roberta Barone, e domiciliata presso gli uffici legali della Regione Lazio, in Roma Via Marcantonio Colonna, 27, CAP 00192, consegnandone copia conforme a mani di

4 - alla **Provincia Italiana della Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione - Istituto Dermopatico dell'Immacolata,** in persona del rappresentante legale pro-tempore, nella sua sede sita in via Monti di Creta, n. 104 - CAP 00167, consegnandone copia conforme a mani di

5 - alla **AUSL Roma/C,** in persona del rappresentante legale pro tempore, rappresentata e difesa dagli Avv.ti Barbara Bentivoglio, Gabriella Mazzoli e Maria Cristina Tandoi ed elettivamente domiciliata presso l'Avv. Barbara Bentivoglio in Roma, in via Primo Carnera, 1 - CAP 00142, consegnandone copia conforme a mani di

6 - al **Ministero della Salute,** in persona del rappresentante legale pro – tempore, rappresentato, difeso e domiciliato presso gli uffici dell'Avvocatura Generale dello Stato, siti in Roma in Via Dei Portoghesi n. 12 - CAP 00186, consegnandone copia conforme a mani di

7 - al **Ministero dell'Economia e delle Finanze,** in persona del rappresentante legale pro – tempore, rappresentato, difeso e domiciliato presso gli uffici dell'Avvocatura Generale dello Stato, siti in Roma in Via Dei Portoghesi n. 12 - CAP 00186, consegnandone copia conforme a mani di

8 - al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali,** in persona del rappresentante legale pro – tempore, rappresentato, difeso e domiciliato presso gli uffici dell'Avvocatura Generale dello Stato, siti in Roma in Via Dei Portoghesi n. 12 - CAP 00186, consegnandone copia conforme a mani di

9 - alla **Presidenza del Consiglio dei Ministri,** in persona del rappresentante legale pro – tempore, rappresentato, difeso e domiciliato presso gli uffici dell'Avvocatura Generale dello Stato, siti in Roma in Via Dei Portoghesi n. 12 - CAP 00186, consegnandone copia conforme a mani di

ORIGINALE

UNEP - CORTE DI APPELLO DI ROMA

Settore 6 Zona 104

CASSA 9 /2013 Cron. 13.021 Dest. 9/9 Data Ric. 14/06/2013 Trasf. 0,00 Sp.postale 0,00

Richiedente: BOZZI

Relazione di Notificazione **URGENTE**

Richiesto come in atti, io sottoscritto Ufficiale Giudiziario addetto all'Ufficio Unico c/o la Corte di Appello di Roma, ho notificato il presente atto a **PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI IN PERS. DEL RAPPR. LEGALE P.T. RAPPR. DIFESO E DOM.TO PRESSO GLI UFFICI DELL'AVVOCATURA GENERALE DELLO STATO**

ROMA - VIA DEI PORTOGHESI, 12

mediante consegna di copia conforme all'originale a mani di persona qualificatasi per a mani di **Michele LONGOBARDI** Impiegato incaricato

capace e convivente, che si incarica delle consegne in assenza del destinatario e di persone idonee a ricevere l'atto, in busta chiusa e sigillata, ai sensi di legge. Roma 15 GIU 2013

Roma, L'Ufficiale Giudiziario

UFFICIALE GIUDIZIARIO
CORTE DI APPELLO DI ROMA
Vergari Marcello

Firma Portiere/vicino di casa

Compilato avviso ex art. ☐ 139 ☐ 660 c.p.c. Roma, L'Ufficiale Giudiziario

Spedita Raccomandata N. Roma,

Ai sensi dell'art. 140 c.p.c., curando il deposito della copia dell'atto in busta chiusa e sigillata completa di numero cronologico, nella Casa Comunale di Roma, per non aver rinvenuto alcuno all'indicato domicilio e/o per l'assenza o il rifiuto di persone idonee a cui poter consegnare l'atto ai sensi di legge.

Roma, L'ufficiale Giudiziario

Pervenuto ed effettuato deposito. Roma, L'Ufficiale Giudiziario

Ritirata copia. L'impiegato comunale

Eseguita affissione a norma di legge. Roma, L'Ufficiale Giudiziario

Spedita Raccomandata A.R. N. Roma,

ORIGINALE

UNEP - CORTE DI APPELLO DI ROMA

Settore 6 Zona 104

CASSA 9 /2013 Cron. 13.021 Dest. 8/9 Data Ric. 14/06/2013 Trasf. 0,00 Sp.postale 0,00

Richiedente: BOZZI

Relazione di Notificazione **URGENTE**

Richiesto come in atti, io sottoscritto Ufficiale Giudiziario addetto all'Ufficio Unico c/o la Corte di Appello di Roma, ho notificato il presente atto a **MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI IN PERS. DEL RAPPR. LEGALE P.T. RAPPR. E DIFESO E DOM.TO PRESSO GLI UFFICI DELL'AVVOCATURA GENERALE DELLO STATO**

ROMA - VIA DEI PORTOGHESI, 12

mediante consegna di copia conforme all'originale a mani di persona qualificatasi per a mani di **Michele LONGOBARDI** Impiegato incaricato

capace e convivente, che si incarica delle consegne in assenza del destinatario e di persone idonee a ricevere l'atto, in busta chiusa e sigillata, ai sensi di legge. Roma 15 GIU 2013

Roma, L'Ufficiale Giudiziario

UFFICIALE GIUDIZIARIO
CORTE DI APPELLO DI ROMA
Vergari Marcello

Firma Portiere/vicino di casa

Compilato avviso ex art. ☐ 139 ☐ 660 c.p.c. Roma, L'Ufficiale Giudiziario

Spedita Raccomandata N. Roma,

Ai sensi dell'art. 140 c.p.c., curando il deposito della copia dell'atto in busta chiusa e sigillata completa di numero cronologico, nella Casa Comunale di Roma, per non aver rinvenuto alcuno all'indicato domicilio e/o per l'assenza o il rifiuto di persone idonee a cui poter consegnare l'atto ai sensi di legge.

Roma, L'ufficiale Giudiziario

Pervenuto ed effettuato deposito. Roma, L'Ufficiale Giudiziario

Ritirata copia. L'impiegato comunale

Eseguita affissione a norma di legge. Roma, L'Ufficiale Giudiziario

Spedita Raccomandata A.R. N. Roma,

ORIGINALE

UNEP - CORTE DI APPELLO DI ROMA

Settore **6** Zona **104**

CASSA **9** **/2013** Cron. **13.021** Dest. **7/9** Data Ric. **14/06/2013** Trasf. **0,00** Sp.postale **0,00**

Richiedente: **BOZZI**

Relazione di Notificazione **URGENTE**

Richiesto come in atti, io sottoscritto Ufficiale Giudiziario addetto all'Ufficio Unico c/o la Corte di Appello di Roma, ho notificato il presente atto a **MINISTERO DELL'ECONOMIA E FINANZE IN PERS. DEL RAPPR. LEGALE P.T. RAPPR. E DIFESO E DOM.TO PRESSO GLI UFFICI DELL'AVVOCATURA GENERALE DELLO STATO**

ROMA - VIA DEI PORTOGHESI, 12

mediante consegna di copia conforme all'originale a mani di persona qualificatasi per a mani di **Michele LONGOBARDI** *Impiegato incaricato*

capace e convivente, che si incarica della consegna in assenza del destinatario e di persone idonee a ricevere l'atto, in busta chiusa e sigillata, ai sensi di legge. Roma, 15 GIU 2013

Roma, _____

Firma Portiere/vicino di casa _____

UFFICIALE GIUDIZIARIO
CORTE DI APPELLO DI ROMA
Vergari Marcello

Compilato avviso ex art. ☐ 139 ☐ 660 c.p.c. Roma, _____ L'Ufficiale Giudiziario _____

Spedita Raccomandata N. _____ Roma, _____

Ai sensi dell'art. 140 c.p.c., curando il deposito della copia dell'atto in busta chiusa e sigillata completa di numero cronologico, nella Casa Comunale di Roma, per non aver rinvenuto alcuno all'indicato domicilio e/o per l'assenza o il rifiuto di persone idonee a cui poter consegnare l'atto ai sensi di legge.

Roma, _____ L'ufficiale Giudiziario _____

Pervenuto ed effettuato deposito. Roma, _____ L'Ufficiale Giudiziario _____

Ritirata copia. L'Impiegato comunale _____

Eseguita affissione a norma di legge. Roma, _____ L'Ufficiale Giudiziario _____

Spedita Raccomandata A.R. N. _____ Roma, _____

ORIGINALE

UNEP - CORTE DI APPELLO DI ROMA

Settore **6** Zona **104**

CASSA **9** **/2013** Cron. **13.021** Dest. **6/9** Data Ric. **14/06/2013** Trasf. **0,00** Sp.postale **0,00**

Richiedente: **BOZZI**

Relazione di Notificazione **URGENTE**

Richiesto come in atti, io sottoscritto Ufficiale Giudiziario addetto all'Ufficio Unico c/o la Corte di Appello di Roma, ho notificato il presente atto a **MINISTERO DELLA SALUTE IN PERS. DEL RAPPR. L.P.T. RAPPR. DIFESO E DOM.TO PRESSO GLI UFFICI DELL'AVV. GEN STATO**

ROMA - VIA DEI PORTOGHESI, 12

mediante consegna di copia conforme all'originale a mani di persona qualificatasi per a mani di **Michele LONGOBARDI** *Impiegato incaricato*

capace e convivente, che si incarica della consegna in assenza del destinatario e di persone idonee a ricevere l'atto, in busta chiusa e sigillata, ai sensi di legge. Roma, 15 GIU 2013

Roma, _____

Firma Portiere/vicino di casa _____

UFFICIALE GIUDIZIARIO
CORTE DI APPELLO DI ROMA
Vergari Marcello

Compilato avviso ex art. ☐ 139 ☐ 660 c.p.c. Roma, _____ L'Ufficiale Giudiziario _____

Spedita Raccomandata N. _____ Roma, _____

Ai sensi dell'art. 140 c.p.c., curando il deposito della copia dell'atto in busta chiusa e sigillata completa di numero cronologico, nella Casa Comunale di Roma, per non aver rinvenuto alcuno all'indicato domicilio e/o per l'assenza o il rifiuto di persone idonee a cui poter consegnare l'atto ai sensi di legge.

Roma, _____ L'ufficiale Giudiziario _____

Pervenuto ed effettuato deposito. Roma, _____ L'Ufficiale Giudiziario _____

Ritirata copia. L'Impiegato comunale _____

Eseguita affissione a norma di legge. Roma, _____ L'Ufficiale Giudiziario _____

Spedita Raccomandata A.R. N. _____ Roma, _____

ORIGINALE

UNEP - CORTE DI APPELLO DI ROMA

Settore 6 | Zona 104

CASSA 9 /2013 Cron. 13.021 Dest. 1/9 Data Ric. 14/06/2013 Trasf. 2,90 Sp.postale 0,00

Richiedente: BOZZI

Relazione di Notificazione **URGENTE**

Richiesto come in atti, io sottoscritto Ufficiale Giudiziario addetto all'Ufficio Unico c/o la Corte di Appello di Roma, ho notificato il presente atto a COMMISSARIO DELEGATO AL PIANO DI RIENTRO PER IL DISAVANZO DEL SETTORE SANITARIO DELLA REGIONE LAZIO RAPPR. E DIFESO DALL'AVVOCATURA GENERALE DELLO STATO NEL SUO DOMICILIO PER LEGGE

ROMA - VIA DEI PORTOGHESI, 12

mediante consegna di copia conforme all'originale a mani di persona qualificatasi per a mani di Michele LONGOBARDI impiegato incaricato

capace e convivente, che si incarica della consegna in assenza del destinatario e di persone idonee a ricevere l'atto, in busta chiusa e sigillata, ai sensi di legge.

Roma, 15 GIU. 2013

Roma, _____ L'Ufficiale Giudiziario UFFICIALE GIUDIZIARIO CORTE DI APPELLO DI ROMA Vergari Marcello

Firma Portiere/vicino di casa _____

Compilato avviso ex art. ☐ 139 ☐ 660 c.p.c. Roma, _____ L'Ufficiale Giudiziario _____

Spedita Raccomandata N. _____ Roma, _____

Ai sensi dell'art. 140 c.p.c., curando il deposito della copia dell'atto in busta chiusa e sigillata completa di numero cronologico, nella Casa Comunale di Roma, per non aver rinvenuto alcuno all'indicato domicilio e/o per l'assenza o il rifiuto di persone idonee a cui poter consegnare l'atto ai sensi di legge.

Roma, _____ L'ufficiale Giudiziario _____

Pervenuto ed effettuato deposito. Roma, _____ L'Ufficiale Giudiziario _____

Ritirata copia. L'impiegato comunale _____

Eseguita affissione a norma di legge. Roma, _____ L'Ufficiale Giudiziario _____

Spedita Raccomandata A.R. N. _____ Roma, _____

ORIGINALE

UNEP - CORTE DI APPELLO DI ROMA

Settore 5 | Zona 79

CASSA 9 /2013 Cron. 13.021 Dest. 2/9 Data Ric. 14/06/2013 Trasf. 7,29 Sp.postale 0,00

Richiedente: BOZZI

Relazione di Notificazione **URGENTE**

Richiesto come in atti, io sottoscritto Ufficiale Giudiziario addetto all'Ufficio Unico c/o la Corte di Appello di Roma, ho notificato il presente atto a COMMISSARIO DELEGATO AL PIANO DI RIENTRO PER I DISAVANZI DEL SETTORE SANITARIO DELLA REGIONE LAZIO

ROMA - VIA COLOMBO CRISTOFORO, 212 VISCO LAURA LUCIANA

mediante consegna di copia conforme all'originale a mani di persona qualificatasi per Impiegato dip.le M addetto incaricato ricezione atti

capace e convivente, che si incarica della consegna in assenza del destinatario e di persona idonea a ricevere l'atto, in busta chiusa e sigillata, ai sensi di legge.

Roma, 17 GIU. 2013 L'Ufficiale Giudiziario COPIA UFFICIALE GIUDIZIARIO Ufficiale Giudiziario Tamara Mazzotta

Firma Portiere/vicino di casa _____

Compilato avviso ex art. ☐ 139 ☐ 660 c.p.c. Roma, _____ L'Ufficiale Giudiziario _____

Spedita Raccomandata N. _____ Roma, _____

Ai sensi dell'art. 140 c.p.c., curando il deposito della copia dell'atto in busta chiusa e sigillata completa di numero cronologico, nella Casa Comunale di Roma, per non aver rinvenuto alcuno all'indicato domicilio e/o per l'assenza o il rifiuto di persone idonee a cui poter consegnare l'atto ai sensi di legge.

Roma, _____ L'ufficiale Giudiziario _____

Pervenuto ed effettuato deposito. Roma, _____ L'Ufficiale Giudiziario _____

Ritirata copia. L'impiegato comunale _____

Eseguita affissione a norma di legge. Roma, _____ L'Ufficiale Giudiziario _____

Spedita Raccomandata A.R. N. _____ Roma, _____

ORIGINALE

UNEP - CORTE DI APPELLO DI ROMA

Settore 8 | Zona 138

CASSA 9 /2013 Cron. 13.021 Dest. 3/9 Data Ric. 14/06/2013 Trasf. 2,90 Sp.postale 0,00

Richiedente: BOZZI

Relazione di Notificazione **URGENTE**

Richiesto come in atti, Io sottoscritto Ufficiale Giudiziario addetto all'Ufficio Unico c/o la Corte di Appello di Roma, ho notificato il presente atto a REGIONE LAZIO IN PERS. DEL PRESIDENTE P.T. RAPPR. E DIFESA DALL'AVV. ROBERTA BARONE E DOM.TA PRESSO GLI UFFICI LEGALI DELLA REGIONE LAZIO

ROMA - VIA COLONNA MARCANTONIO, 27

mediante consegna di copia conforme all'originale a mani di persona qualificatasi per INCARICATO DI RICEVERE ALLA RICEZIONE

Boccascino Simonetta

capace e convivente, che si incarica della consegna in assenza del destinatario e di persona idonea a ricevere l'atto, in busta chiusa e sigillata, ai sensi di legge.

Roma, 17 GIU. 2013

L'Ufficiale Paola MONTORSI
UFFICIALE GIUDIZIARIO
451 CORTE DI APPELLO DI ROMA

Firma Portiere/vicino di casa _____

Compilato avviso ex art. ☐ 139 ☐ 660 c.p.c. Roma, _____ L'Ufficiale Giudiziario _____

Spedite Raccomandate N. _____ Roma, _____

Ai sensi dell'art. 140 c.p.c., curando il deposito della copia dell'atto in busta chiusa e sigillata completa di numero cronologico, nella Casa Comunale di Roma, per non aver rinvenuto alcuno all'indicato domicilio e/o per l'assenza o il rifiuto di persone idonee a cui poter consegnare l'atto ai sensi di legge.

Roma, _____ L'ufficiale Giudiziario _____

Pervenuto ed effettuato deposito. Roma, _____ L'Ufficiale Giudiziario _____

Ritirata copia. L'impiegato comunale _____

Eseguita affissione a norma di legge. Roma, _____ L'Ufficiale Giudiziario _____

Spedita Raccomandata A.R. N. _____ Roma, _____

ORIGINALE

UNEP - CORTE DI APPELLO DI ROMA

Settore 10 | Zona 175

CASSA 9 /2013 Cron. 13.021 Dest. 4/9 Data Ric. 14/06/2013 Trasf. 8,84 Sp.postale 0,00

Richiedente: BOZZI

Relazione di Notificazione **URGENTE**

Richiesto come in atti, Io sottoscritto Ufficiale Giudiziario addetto all'Ufficio Unico c/o la Corte di Appello di Roma, ho notificato il presente atto a PROVINCIA ITALIANA DELLA CONGREGAZIONE DEI FIGLI DELL'IMMACOLATA CONCEZIONE ISTITUTO DERMOPATICO DELL'IMMACOLATA IN PERS. DEL RAPPR. LEGALE P.T.

ROMA - VIA DEI MONTI DI CRETA, 104

mediante consegna di copia conforme all'originale a mani di persona qualificatasi per Il Portinaio

Sig.ra responsabile Uff. Legale

capace e convivente, che si incarica della consegna in assenza del destinatario e di persona idonea a ricevere l'atto, in busta chiusa e sigillata, ai sensi di legge.

Roma, 17.6.2013

L'Ufficiale Giudiziario ANGELA PERRA
Ufficiale Giudiziario
Corte di Appello di Roma

Firma Portiere/vicino di casa _____

Compilato avviso ex art. ☐ 139 ☐ 660 c.p.c. Roma, _____ L'Ufficiale Giudiziario _____

Spedita Raccomandata N. _____ Roma, _____

Ai sensi dell'art. 140 c.p.c., curando il deposito della copia dell'atto in busta chiusa e sigillata completa di numero cronologico, nella Casa Comunale di Roma, per non aver rinvenuto alcuno all'indicato domicilio e/o per l'assenza o il rifiuto di persone idonee a cui poter consegnare l'atto ai sensi di legge.

Roma, _____ L'ufficiale Giudiziario _____

Pervenuto ed effettuato deposito. Roma, _____ L'Ufficiale Giudiziario _____

Ritirata copia. L'impiegato comunale _____

Eseguita affissione a norma di legge. Roma, _____ L'Ufficiale Giudiziario _____

Spedita Raccomandata A.R. N. _____ Roma, _____

ORIGINALE

UNEP - CORTE DI APPELLO DI ROMA

Settore **5** Zona **82**

CASSA **9** **/2013** Cron. **13.021** Dest. **5/9** Data Ric. **14/06/2013** Tresf. **10,38** Sp.postale **0,00**

Richiedente: **BOZZI**

Relazione di Notificazione **URGENTE**

Richiesto come in atti, io sottoscritto Ufficiale Giudiziario addetto all'Ufficio Unico c/o la Corte di Appello di Roma, ho notificato il presente atto a **AUSL ROMA/C IN PERSONA DEL LEG.RAPPR. PRO TEMPORE RAPPR. E DIFESA DAGLI AVV.TI BARBARA BENTIVOGLIO, GABRIELLA MAZZOLI E MARIA CRISTINA TANDOI ED ELET. DOM.TA PRESSO AVV. BARBARA BENTIVOGLIO**

ROMA - VIA CARNERA PRIMO, 1

mediante consegna di copia conforme all'originale a mani di persona qualificatasi per **A MANI DI** **Antonio IANNACCHINO**

[redacted] INCARICATO ALLA RICEZIONE ATTI

Roma, 17 GIU. 2013 UFF. GIUDIZIARIO A. CARNERA

capace e convivente, che si incarica della consegna in assenza del destinatario e di persone idonee a riceverè l'atto, in busta chiusa e sigillata, ai sensi di legge.

Roma, _____ L'Ufficiale Giudiziario

Firma Portiere/vicino di casa _____

Compilato avviso ex art. ☐ 139 ☐ 660 c.p.c. Roma, _____ L'Ufficiale Giudiziario _____

Spedita Raccomandata N. _____ Roma, _____

Ai sensi dell'art. 140 c.p.c., curando il deposito della copia dell'atto in busta chiusa e sigillata completa di numero cronologico, nella Casa Comunale di Roma, per non aver rinvenuto alcuno all'indicato domicilio e/o per l'assenza o il rifiuto di persone idonee a cui poter consegnare l'atto ai sensi di legge.

Roma, _____ L'ufficiale Giudiziario _____

Pervenuto ed effettuato deposito. Roma, _____ L'Ufficiale Giudiziario _____

Ritirata copia. L'impiegato comunale _____

Eseguita affissione a norma di legge. Roma, _____ L'Ufficiale Giudiziario _____

Spedita Raccomandata A.R. N. _____ Roma, _____

ORIGINALE

Cassa: 9 /2013

Cron.: 13.021

N.dest.: 9

Data Ric. 14/06/2013

UNEP
CORTE DI APPELLO
DI ROMA
RICEVUTA PRESENTAZIONE ATTO

URGENTE

SPECIFICA	
Diritti	18,59
Trasferta	32,31
10% trasferte	3,23
Dir.autenticaz.	0,00
Spesa postale	0,00
Bolli	0,00
Tot. specifica	54,13

Si rilascia ricevuta al richiedente **BOZZI**

della somma versata per la notificazione dell'atto.

Data: 14/06/2013 L'ufficiale Giudiziario _____

Dott. GIORGIO PERROTTA
NOTAIO IN ROMA
00198 - Via Nizza n° 22
Tel. 8546698-8540157-8416035

REPERTORIO N. 26092 ---------- ATTO N. 9226

---------- PROCURA GENERALE ----------

---------- REPUBBLICA ITALIANA ----------

L'anno duemilaundici, il dodici luglio, in Roma, nel mio studio. ----------

---------- (12 luglio 2011) ----------

Innanzi a me, dott. Giorgio PERROTTA, notaio in Roma, con studio in via Nizza n. 22, iscritto nel ruolo dei distretti notarili riuniti di Roma, Velletri e Civitavecchia, ----------

---------- E' PRESENTE ----------

- la Rev.da Madre Laura BIONDO, in religione Suor Laura, nata a Paese (TV) il giorno 16 aprile 1944, domiciliata per la qualifica in Roma, ove appresso, religiosa, la quale dichiara di intervenire nel presente atto non in proprio ma in nome, conto, vece interesse, e quindi in rappresentanza, nella sua qualità di Superiora Generale e legale rappresentante, dello:
- "ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO", con sede in Roma, Via dell'Acqua Bullicante n. 4, codice fiscale 01598540581, partita IVA 01008291001, ente avente personalità giuridica riconosciuta con R.D. 23 novembre 1936, registrato alla Corte dei Conti il 9 gennaio 1937, registro n. 381, foglio 23, iscritta all'ufficio territoriale del Governo di Roma al n.959/87 del registro delle persone giuridiche. ----------

La predetta comparente, della cui identità personale io notaio sono certo, nella qualifica di cui sopra, nomina e costituisce quale procuratrice generale del predetto Istituto Figlie di San Camillo la Rev.da Gabriella MARETO, in religione Suor Gabriella, nata a Mesagne (BR) il giorno 17 novembre 1963 e domiciliata per la qualifica in Roma, via dell'Acqua Bullicante n. 4, affinché con ogni più ampia facoltà compia tutti gli atti che riterrà opportuni e necessari relativamente ai beni del detto Istituto, posseduti o da possedere. -----

Alla nominata procuratrice sono pertanto conferiti tutti i necessari poteri, restando essa fra l'altro facoltizzata: -----

- ad acquistare, vendere e permutare beni mobili, immobili e qualsiasi altra attività, convenire il prezzo, esigerli, rilasciare quietanza, convenire tutti quei patti clausole e condizioni che riterrà opportuni, accordare dilazioni di pagamenti, rinunciare se del caso all'ipoteca legale, accettare eredità con o senza beneficio d'inventario, rinunziare alle medesime, accettare e rinunciare a legati, presentando all'uopo le relative denuncie di successione; in conseguenza di quanto sopra, compiere tutti gli atti con le Autorità religiose governative o prefettizie relativi alla richiesta di autorizzazioni necessarie al perfezionamento dei medesimi; ---
- amministrare tutti i beni, presenti e futuri, dare consensi ed autorizzazioni, acquistare, alienare (anche sotto condizione sospensiva o risolutiva, con patto di riscatto o di riservato dominio) e permutare beni mobili ed immobili; compresi beni mobili registrati, crediti, diritti, titoli azionari

ed obbligazionari, valori di enti e società; ----------
- promuovere azioni di riscatto; ----------
- costituire e modificare diritti d'usufrutto, d'uso e di abitazione e rinunciare ad essi; costituire ed estinguere diritti di superficie; ----------
- chiedere la ricognizione del diritto o la devoluzione del fondo enfiteutico, nei casi consentiti dalla legge, affrancare fondi enfiteutici; ----------
- costituire, modificare ed estinguere servitù attive e passive di qualsiasi specie, oneri reali e precari; ----------
- costituire consorzi, riserve di caccia e pesca e parteciparvi; ----------
- costituire e sciogliere comunione e condomini, sostituire altri nel godimento della cosa comune; ----------
- promuovere azioni di rivendica e rinunziarvi; esercitare azioni possessorie, di denuncia di nuova opera e di danno temuto; ----------
- eleggere domicilii; ----------
- promuovere dichiarazioni di assenza o di morte presunta; ---
- promuovere interdizioni ed inabilitazioni; ----------
- chiedere la rettificazione di atti di stato civile; ----------
- procedere all'accertamento ed alla divisione, consensuale o giudiziale, delle comunioni e delle eredità, chiederne la rescissione; procedere alla formazione dei lotti ed alla loro assegnazione ovvero alla estrazione a sorte; chiedere revisioni di conti, chiedere ed effettuare collazioni, imputazioni, conguagli, rinunciare o esercitare diritti di retratto successorio; ----------
- contrarre qualunque specie di obbligazioni; sotto condizione sospensiva o risolutiva, a termine, alternative, solidali, divisibili e indivisibili, con clausola penale; ----------
- ricevere in pagamento con surroga nelle azioni, nei privilegi e nelle ipoteche; fare dichiarazioni di imputazioni di pagamenti; fare ed accettare offerte reali e susseguenti depositi della cosa dovuta; fare ed accettare delegazioni di pagamento, espromissioni ed accolli; fare ed accettare novazioni; rimettere debiti, riconoscere ed operare compensazioni e confusioni; ----------
- esigere, dandone quietanza, capitali, interessi, somme, valori, importi di vaglia, buoni, mandati, assegni, qualsiasi altra fede e certificato di credito da privati, da banche da enti morali o da pubbliche amministrazioni, da uffici postali, telegrafici e ferroviari; ----------
- ritirare dagli uffici postali, ferroviari o di trasporti marittimi o aerei o da qualsivoglia altro ufficio pacchi, lettere, valori assicurati, merci e qualunque altro oggetto; -
- ritirare titoli al portatore o nominativi, da privati, da istituti di credito, da corpi morali e da pubbliche amministrazioni; ----------
- compiere qualsiasi operazione presso gli uffici del debito

pubblico, della Cassa Depositi e Prestiti, delle tesorerie provinciali, delle dogane, delle intendenze di Finanza; ------
- stipulare contratti per la persona da nominare, fare dichiarazioni di comando; stipulare contratti a favore di terzo;
- fare dichiarare la nullità, chiedere l'annullamento, la rescissione e la risoluzione di contratti; ----------
- dare e ricevere titoli a riporto; ----------
- stipulare contratti estimatori; ----------
- stipulare contratti di somministrazione; ----------
- concedere e condurre locazione ed affitti anche ultranovennali, sublocazioni e subaffitti; cedere i detti contratti; riscuotere anticipatamente e cedere canoni locatizi; ---------
- stipulare contratti di appalto e subappalto; approvare capitolati; intervenire a collaudi; ----------
- stipulare contratti di trasporto; ----------
- conferire ed accettare mandati speciali; revocarli o rinunciarvi, chiedere rendiconti; ----------
- stipulare contratti di commissioni, di spedizione, di agenzia, di mediazione; dare e prendere a comodato mobili ed immobili; ----------
- stipulare contratti di mutuo attivi e passivi, con o senza garanzia, e con clausole penali; assumere ed estinguere mutui da istituti di credito fondiari, di credito agrario, della Cassa Depositi Prestiti e da qualsiasi altro istituto; -------
- stipulare contratti bancari di apertura di credito, di anticipazione e di sconto; stipulare contratti di conto corrente, aprire conti correnti bancari e postali, trarre assegni su di essi anche allo scoperto, nei limiti del fido concesso; chiedere finanziamenti; effettuare prelievi su conti correnti, su libretti di risparmio nominativi o vincolati; aprire cassette di sicurezza, prelevare il contenuto; ----------
- costituire rendite vitalizie, fondiarie, semplici, cederle, accettarle, affrancarle e risolverle; ----------
- stipulare contratti di assicurazione contro i danni e sulla vita; concordare ed accettare premi di indennità; ----------
- costituirsi fidejussore, anche con rinunzia al beneficio dell'escussione e della divisione; ----------
- ratificare l'operato del gestore d'affari; ----------
- rilasciare dichiarazioni di scienza in favore di terzi; ----
- esperire qualunque azione e proporre qualunque eccezione per fatti illeciti; presentare esposti, denunzie e querele alle competenti autorità giudiziarie; ----------
- chiedere il risarcimento di danni; ----------
- chiedere, concordare ed incassare indennità per danni derivanti da guerra, da pubbliche calamità, da esproprio, da occupazioni temporanee; ----------
- stipulare contratti di lavoro dipendente o autonomo; ------
- stipulare contratti d'opera; ----------
- costituire associazioni e parteciparvi; nominare institori;
- costituire società di qualsiasi tipo; partecipare ad atti

modificativi di patti sociali e di statuti; a proroghe e scioglimenti di società; nominare cariche sociali; partecipare con voce e voto ad assemblee ordinarie e straordinarie di società; di condomini, di associazioni; ----------
- costituire consorzi fra imprenditori e aderirvi; ----------
- stipulare associazioni in partecipazione; ----------
- chiedere trascrizioni ed annotamenti ipotecari, trascrizioni ed annotamenti di qualsiasi altro Pubblico Registro; esonerare i conservatori dei Pubblici Registri da ogni loro responsabilità; ----------
- assentire alla iscrizione, alla rinnovazione, alla surroga, alla postergazione di ipoteche e di privilegi agrari e industriali; ----------
- assentire alla cancellazione di ipoteche anche senza il realizzo dei rispettivi crediti, rinunciare ad ipoteche legali; ----------
- costituire ed accettare pegni, ipoteche e privilegi su beni mobili registrati; ----------
- promuovere espropriazioni ed esecuzioni forzate; ----------
- rinunziare a prescrizioni compiute; ----------
- rappresentare il nominato Istituto davanti a qualsiasi Autorità amministrativa, sindacale e politica con potere di stipula di contratti o convenzioni o qualsiasi tipo di accordo; ----------
- stipulare contratti di transazione; ----------
- effettuare il recesso da qualsiasi tipo di contratto; ----------
- rappresentare il nominato Istituto in giudizio, sia come attrice che come convenuta, in ogni grado e sede di giurisdizione, comprese le commissioni di imposta e le giurisdizioni speciali amministrative; nominare e revocare avvocati, procuratori alle liti e periti; fare procedere ad apposizioni e rimozione di sigilli, farvi opposizione; procedere ad inventari; ----------
- svolgere qualsiasi pratica fiscale, sottoscrivere denunzie e dichiarazioni fiscali ivi comprese la denuncia INAIL, la comunicazione annuale dati IVA, la comunicazione compensi riscossi da strutture sanitarie, la dichiarazione dei redditi unico mod. 760, la dichiarazione sostituti d'imposta mod. 770, il Libro inventari, la comunicazione variazione dati all'agenzia delle entrate; sottoscrivere i bilanci; sottoscrivere e presentare ricorsi, denuncie, reclami concordati ed adesioni ed accertamenti; ----------
- transigere e compromettere in arbitri anche amichevoli compositori; ----------
- sostituire a sé altri procuratori con uguali o più limitati poteri; ----------
- compiere in genere qualsiasi altro atto di ordinaria e straordinaria amministrazione, sempre in nome e per conto del nominato Istituto. ----------

Il tutto con promessa, da parte della mandante, di avere fin

d'ora per rato e valido l'operato della nominata procuratrice, senza bisogno di ulteriori ratifiche o conferme, ma sotto gli obblighi di legge. ---------------------------------------

La presente procura viene rilasciata a titolo gratuito. -----

Richiesto io notaio ho ricevuto questo atto, da me redatto e letto alla comparente la quale, a mia interpellanza, dichiaratolo conforme alla sua volontà, lo approva e lo sottoscrive con me notaio alle ore dodici e quindici. ------------------

Scritto a macchina ed in parte a mano da persona di mia fiducia su nove pagine meno cinque linee di tre fogli. -----------

F.to - Laura Biondo --

F.to - Giorgio Perrotta notaio -------------------------------

COPIA AUTENTICA IN CONFORMITA' DELL'ORIGINALE FIRMATO IN OGNI SUO FOGLIO A NORMA DI LEGGE

IMPOSTA DI BOLLO ASSOLTA TRAMITE M.U.I.

ROMA 28 LUG. 2011

REGISTRATO
ALL'UFFICIO DELLE ENTRATE
ROMA
il 28 Luglio 2011
al n. 16498 serie 1T
€ 198,00
Il Dirigente Area Servizi

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

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

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

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

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

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

VISTA la Legge Costituzionale n. 3 del 2001;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*" il quale, prevedendo norme attuative da parte del Governo centrale e di quello regionale, ribadisce l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

alla eventuale rettifica del presente decreto commissariale;

VISTA la nota prot. n. 55299/DB.07.14 del 25.03.2013 con cui è stata trasmessa la Determinazione n. B01097del 22.03.2013 avente ad oggetto: "*Ospedale classificato San Carlo di Nancy gestito dalla Provincia Italiana della Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione (P.IVA. 00988411005) in persona del legale rapp.te p.t. Eugenio Luchetti. Sospensione dell'autorizzazione all'esercizio per la sede sita in Via Aurelia, 275 – 00165 Roma*";

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DECRETA

le premesse sono parti integranti del presente provvedimento

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

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

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

4. che il presente provvedimento potrà subire rettifiche anche in ordine agli esiti dei procedimenti avviati con note prot. 43668/DB.08.13 del 07.03.2013 della Direzione Regionale Assetto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13. di prevedere in caso di mancata sottoscrizione dei suddetti accordi l'applicazione dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, D.Lgs. 502/92.

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

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

NICOLA ZINGARETTI

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

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

120915	Campus	11	0	11	866.801	-	866.801
12905	Gemelli	40	0	40	3.337.526	-	3.337.526
TOTALE	**POL. UNIV. PRIVATI**				**4.204.327**	**-**	**4.204.327**

120910	San Raffaele Pisana	241	27	268	20.038.979	2.860.794	22.899.773
120909	Santa Lucia	147	18	165	12.378.473	1.937.630	14.316.103
	Santa Lucia (cod. 75)	160	0	160	19.880.121	-	19.880.121
TOTALE	**IRCCS PRIVATI**				**52.297.573**	**4.798.424**	**57.095.997**

TOTALE	**RIABILITAZIONE**				**193.337.195**	**17.827.598**	**211.164.793**

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

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 9 maggio 2013, n. U00183

Approvazione 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.

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

Oggetto: Approvazione 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.

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

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3 concernente "*Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*";

VISTA la Legge Statutaria 11 novembre 2004, n. 1, che approva lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTA la Legge Regionale 16 giugno 1994, n.18, e successive modificazioni recante: "*Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali*";

VISTA la Legge 23 dicembre 1996, n. 662, recante "*Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*";

VISTA la Legge 16 novembre 2001, n. 405 e successive modificazioni ed integrazioni recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria;

VISTA la Legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6, e successive modificazioni recante: "*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*";

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1;

VISTE le Deliberazioni della Giunta Regionale:
- n.66 del 12 febbraio 2007 concernente: "*Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004*";
- n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: "*Presa d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del "Piano di Rientro*";

VISTO l'articolo 2, commi da 67 a 105, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 ed, in particolare, il comma 88, che prevede il mantenimento della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di Rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, con cui il Presidente della Regione Lazio Renata Polverini è stata nominata Commissario *ad acta* per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti dal Piano di Rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario;

DATO ATTO che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 (prot. n. ACG/23/SANIT/3103) il Dott. Giuseppe Antonino Spata è stato nominato Sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario Regionale della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010;

DATO ATTO, altresì, che il Consiglio dei Ministri, con delibera del 20 gennaio 2012, ha riformulato il mandato conferito al Presidente pro-tempore della Regione Lazio, Renata Polverini, quale Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario, ha rimodulato le funzioni del Sub Commissario Giuseppe Antonino Spata ed ha nominato a Sub Commissario il dott. Gianni Giorgi a norma dell'articolo 4 del decreto-legge 1 ottobre 2007, n. 159;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 16 ottobre 2012 con cui è stato conferito al dott. Enrico Bondi l'incarico di Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Lazio fino alla data di insediamento del nuovo Presidente della Giunta della Regione Lazio e sono stati confermati i contenuti del mandato commissariale già affidato al Presidente pro-tempore della Regione Lazio con delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 7 gennaio 2013 con cui è stato conferito al dott. Filippo Palumbo l'incarico di Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Lazio fino al termine previsto dall'articolo 2, comma 84-bis, della legge 23 dicembre 2009, n.191, ovvero all'insediamento del nuovo Presidente della Giunta Regionale e sono stati confermati i contenuti del mandato commissariale già affidato al Presidente pro-tempore della Regione Lazio con delibera del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 20 gennaio 2012;

VISTA 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 realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti dal Piano di Rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*" il quale, prevedendo norme attuative da parte del Governo centrale e di quello regionale, ribadisce l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

RILEVATO quanto previsto dal comma 8 dell'articolo 8 *quater* del D. Lgs. 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 quinquies, sono tenute a porre a carico del servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della Programmazione nazionale;

VISTO l'art. 8 *quinquies*, comma 2, del D. Lgs. n. 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 regionale, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), ….omissis….(art. 8 quinquies, comma 2, lettera e- bis);

VISTO l'art. 8 quinquies, comma 2-quater del D. Lgs. n. 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*";

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

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

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

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

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

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* del 17 dicembre 2009, n. 87 recante "*Approvazione del Piano Sanitario Regionale (PRS) 2010 -2012*" e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* del 31 dicembre 2010, n. 111 recante "*Decreto del Commissario ad acta n. 87/2010 recante "Approvazione Piano Sanitario regionale (PRS) 2010-2012" – Integrazioni e modifiche*";

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* del 31 maggio 2010, n. 113 recante "*Programmi Operativi 2011-2012*";

CONSIDERATO che lo schema di contratto interviene a dare attuazione ai contenuti della proposta inerente i Programmi Operativi 2013- 2015 trasmessa formalmente ai Ministeri competenti dal Commissario ad Acta Dr. Filippo Palumbo con nota prot. 517/CC/U del giorno 11 marzo 2013;

VISTA la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 e ss. mm. e ii. recante: "*Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio – sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali*", e i regolamenti di attuazione (R.R. n. 2/2007 e n. 13/2007);

VISTA la L. R. 10 Agosto 2010, n. 3 e successive modifiche ed integrazioni, che disciplina il processo di accreditamento istituzionale definitivo delle strutture che erogano prestazioni con oneri a carico del SSR;

CONSIDERATO che sono in corso di ultimazione le procedure finalizzate al rilascio del titolo di autorizzazione ed accreditamento definitivo istituzionale delle strutture sanitarie;

CONSIDERATO che nel corso degli anni è emersa, sempre più, la necessità di assicurare che le strutture sanitarie private che erogano prestazioni con oneri a carico del SSR posseggano, oltre ai requisiti tecnologici, strutturali ed organizzativi ulteriori per l'accreditamento, anche requisiti minimi di affidabilità e onorabilità in ordine ad una corretta gestione nel rapporto con la pubblica amministrazione anche al fine di elevare standard di qualità e trasparenza;

RITENUTO che i predetti obiettivi possano essere perseguiti attraverso la previsione, con il presente provvedimento, di uno schema di contratto generale che preveda, tra l'altro, l'acquisizione da parte della ASL competente, per tramite della struttura, ovvero direttamente, in considerazione di quanto previsto dall'art. 15 della L. n. 183/2011, della 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) dello schema di contratto/accordo, allegato al presente decreto - 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) dello schema di contratto/accordo, allegato al presente decreto - 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 all'articolo 12) del contratto;
f) dichiarazione attestante l'avvenuta adozione del modello organizzativo di cui al D. Lgs. n. 231/2001 in materia di prevenzione dei reati, ovvero l'adesione al codice etico adottato sulla base del modello proposto dalla Regione e impegno all'adozione di un modello organizzativo entro la fine del 2014;
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;

CONSIDERATO che le strutture che erogano prestazioni sanitarie con oneri a carico del SSR sono tenute a trasmettere tutte le dichiarazioni e i dati anagrafici di tutti i soggetti per i quali deve essere acquisita la documentazione antimafia, per l'anno corrente entro il 30 settembre 2013 e, per gli anni successivi, entro il 30 settembre dell'anno precedente a quello oggetto di stipula;

RITENUTO che per esigenze di semplificazione, la documentazione prodotta per l'anno 2013 nei termini sopra indicati, 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, oltre all'acquisizione del Documento Unico attestante la Regolarità Contributiva della struttura;

CONSIDERATO che le ASL sono tenute a verificare la documentazione nel termine di 30 giorni decorrenti dalla data di ricezione della documentazione ovvero dall'acquisizione della stessa e, comunque, entro e non oltre il 30 ottobre di ciascun anno;

RITENUTO che gli adempimenti sopra richiesti non generano particolari e rilevanti oneri a carico delle strutture, ma integrano adempimenti preordinati a rendere il rapporto erogatore-amministrazione trasparente e improntato al principio di leale collaborazione;

RITENUTO, pertanto, che le modifiche apportate allo schema di contratto non necessitano di concertazioni con le associazioni di categoria, posto che rispondono all'esigenza di garantire standard di qualità e trasparenza dell'operato amministrativo e, in ogni caso, sono meramente dichiarativi di requisiti già prescritti dalla normativa vigente;

CONSIDERATO opportuno prevedere, a tutela del corretto adempimento e del rapporto fiduciario intercorrente tra amministrazione e struttura sanitaria, la seguente procedura:

- la mancata trasmissione della documentazione di cui all'articolo 2) lettere b), c), d), e), g), h) dello schema di contratto/accordo, allegato al presente decreto, nei termini ivi determinati, senza congrua giustificazione da parte delle Strutture interessata, comporterà l'adozione, da parte dell'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 1° 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, ove ancora vigente, per inadempimento di obblighi informativi.

RITENUTO opportuno, altresì, garantire che oltre alla mancata produzione della documentazione vi siano altre ipotesi di risoluzione del contratto: (i) *ipso iure* al verificarsi di una delle ipotesi tassativamente elencate, ovvero (ii) all'esito di apposita procedura di contestazione al verificarsi di una o più ipotesi di rilevanza tale da generare grave inadempimento e, in ogni caso, da compromettere il rapporto di fiducia nei confronti dell'erogatore di prestazioni sanitarie;

RITENUTO che in caso di sospensione dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento si determina l'automatica sospensione degli effetti del contratto/accordo allegato al presente decreto;

RITENUTO opportuno, quindi, prevedere che il Contratto si intenderà risolto ipso iure, su dichiarazione della Regione Lazio qualora intervenga uno o più delle ipotesi di seguito indicate:

- falsità di alcuna delle dichiarazioni rese all'Articolo 1) lettere a), b) e c) dello schema di contratto/accordo, allegato al presente decreto;
- accertata sussistenza delle cause di incompatibilità di cui all'art. 2) lettera g) dello schema di contratto/accordo, allegato al presente decreto;
- violazione dell'art. 11, dello schema di contratto/accordo allegato al presente decreto, in materia di cessione del contratto;
- il diniego definitivo e/o la revoca dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento definitivo, ovvero dell'accreditamento provvisorio.

RITENUTO che il contratto si intenderà, altresì, risolto, qualora intervenga una o più delle ipotesi

di seguito indicate che siano di rilevanza tale da determinare un grave inadempimento dell'erogatore:

- esistenza di precedenti condanne definitive a carico del legale rappresentante per reati contro la pubblica amministrazione;
- 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 dello schema di contratto/accordo, allegato al presente decreto);
- ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie di cui all'art. 5 dello schema di contratto/accordo, allegato al presente decreto;
- impedimento al controllo esercitato da ASL o Regione Lazio ai sensi dell'art. 6 dello schema di contratto/accordo, allegato al presente decreto;
- inosservanza degli obblighi di trasmissione dei dati di cui all'art. 6 dello schema di contratto/accordo, allegato al presente decreto;
- inosservanza di quanto previsto dall'art. 11) in materia di cessione del credito.

CONSIDERATO che, a tale proposito, infatti, qualora la ASL ravvisi una delle condotte idonee a configurare causa di risoluzione, 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. E' fatto salvo il caso di sussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previste dall'art. 67 della normativa antimafia, per il quale il contratto sarà risolto ipso iure su dichiarazione della ASL senza concessione di termini per dedurre;

PRECISATO che la gestione del rapporto preordinato alla sottoscrizione degli accordi con i Policlinici Universitari non statali, come pure la contestazione e l'eventuale risoluzione è demandata totalmente alla Regione;

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

RIBADITO, infatti, che con la sottoscrizione del contratto, la struttura che eroga prestazioni con onere a carico del SSR accetta le tariffe *ratione temporis* vigenti;

RITENUTO opportuno precisare che al fine di consentire agli aventi diritto continuità nella fruizione delle prestazioni sanitarie, sia pur nell'ottica di necessario contenimento della spesa pubblica, 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 S.S.R.;

RITENUTO opportuno precisare che il tetto massimo fissato dal contratto 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.

RITENUTO opportuno richiedere alle strutture di dichiarare l'adozione del modello organizzativo di cui al D. Lgs. n. 231/2001 in materia di prevenzione dei reati, ovvero l'adesione al codice etico adottato sulla base del modello proposto dalla Regione e l'impegno all'adozione di un modello organizzativo ai sensi del D. Lgs. n. 231/2001 entro la fine del 2014;

RITENUTO, per tutte le motivazioni suesposte, di adottare lo schema di contratto/accordo, allegato "A" al presente decreto, di cui è parte integrante e sostanziale, 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;

RITENUTO opportuno proporre uno schema-tipo di codice etico, allegato "B"- CODICE ETICO DI COMPORTAMENTO" al presente decreto, al fine di agevolare le strutture per l'adozione dello stesso nelle more dell'assunzione di un proprio e completo modello organizzativo di cui al D. Lgs. n. 231/2001 entro la fine dell'anno 2014;

RITENUTO di prevedere la seguente procedura per la sottoscrizione del contratto/accordo:

- le Aziende Sanitarie Locali provvedono a sottoscrivere e far sottoscrivere gli schemi di contratto/accordo ai singoli soggetti erogatori – ad eccezione dei Policlinici Universitari non statali per i quali provvederà direttamente la Regione - entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento;
- trascorsi 15 giorni dalla sottoscrizione degli accordi le Asl, entro i successivi 3 giorni lavorativi, dovranno inviare una copia in originale dei contratti/accordi sottoscritti dall'erogatore alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Pianificazione Strategica - del Dipartimento Programmazione Economica e Sociale della Regione Lazio;
- in caso di mancata sottoscrizione del contratto/accordo nei tempi stabiliti, la ASL dovrà inviare immediatamente all'interessato atto di diffida ad adempiere alla sottoscrizione del contratto/accordo, entro 15 giorni dall'invio della diffida stessa. Nel caso, alla scadenza del termine fissato, non fosse intervenuta la sottoscrizione del contratto/accordo, la ASL dovrà procedere a:
  a) inviare alla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria la comunicazione della mancata sottoscrizione del contratto/accordo ai fini dell'attivazione della procedura di sospensione dell'accreditamento ai sensi dall'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, D.Lgs. 502/92;
  b) sospendere contestualmente la procedura di liquidazione delle fatture delle prestazioni fino ad allora rese, sino alla verifica definitiva della remunerazione effettivamente dovuta.
- In caso di mancato perfezionamento degli accordi, al ricevimento della comunicazione dalla ASL, la Regione provvederà a comunicare all'interessato ed alla ASL stessa l'avvio della procedura di sospensione dell'accreditamento in applicazione dell'art. 8-quinquies, comma 2 *quinquies*, D.Lgs. 502/92;

RITENUTO opportuno prevedere che la Regione Lazio, in quanto soggetto programmatore e

definitore dei tetti di spesa, acquisisca l'originale del contratto, prendendo atto delle pattuizioni in suo favore ivi contenute;

DECRETA

le premesse sono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

1. di adottare lo schema di contratto/accordo, allegato "A" al presente decreto, di cui è parte integrante e sostanziale, 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;
2. di proporre uno schema-tipo di codice etico, allegato "B"- CODICE ETICO DI COMPORTAMENTO" al presente decreto, al fine di agevolare le strutture per l'adozione dello stesso nelle more dell'assunzione di un proprio e completo modello organizzativo di cui al D. Lgs. n. 231/2001 entro la fine dell'anno 2014;
3. 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;
4. che al fine di consentire agli aventi diritto continuità nella fruizione delle prestazioni sanitarie, sia pur nell'ottica di necessario contenimento della spesa pubblica, 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 S.S.R.;
5. che il tetto massimo fissato dal contratto 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.
6. che con la sottoscrizione del contratto, la struttura che eroga prestazioni con oneri a carico del SSR accetta le tariffe *ratione temporis* vigenti;
7. di prevedere che la Regione Lazio, in quanto soggetto programmatore e definitore dei tetti di spesa, acquisisca l'originale del contratto, prendendo atto delle pattuizioni in suo favore ivi contenute;
8. che la procedura prevista per la sottoscrizione del contratto/accordo è la seguente:
   - le Aziende Sanitarie Locali provvedono a sottoscrivere e far sottoscrivere gli schemi di contratto/accordo ai singoli soggetti erogatori – ad eccezione dei Policlinici Universitari non statali per i quali provvederà direttamente la Regione - entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento;
   - trascorsi 15 giorni dalla sottoscrizione degli accordi le Asl, entro i successivi 3 giorni lavorativi, dovranno inviare una copia in originale dei contratti/accordi sottoscritti dall'erogatore alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Pianificazione Strategica - del Dipartimento Programmazione Economica e Sociale della Regione Lazio;
   - in caso di mancata sottoscrizione del contratto/accordo nei tempi stabiliti, la ASL dovrà inviare immediatamente all'interessato atto di diffida ad adempiere alla sottoscrizione del contratto/accordo, entro 15 giorni dall'invio della diffida stessa. Nel caso, alla scadenza del termine fissato, non fosse intervenuta la sottoscrizione del contratto/accordo, la ASL dovrà procedere a:
     a) inviare alla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria la comunicazione della mancata

sottoscrizione del contratto/accordo ai fini dell'attivazione della procedura di sospensione dell'accreditamento ai sensi dall'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, D.Lgs. 502/92;

b) sospendere contestualmente la procedura di liquidazione delle fatture delle prestazioni fino ad allora rese, sino alla verifica definitiva della remunerazione effettivamente dovuta;

- in caso di mancato perfezionamento degli accordi, al ricevimento della comunicazione dalla ASL, la Regione provvederà a comunicare all'interessato ed alla ASL stessa l'avvio della procedura di sospensione dell'accreditamento in applicazione dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, D.Lgs. 502/92;

9.che la gestione del rapporto preordinato alla sottoscrizione degli accordi con i Policlinici Universitari non statali, come pure la contestazione e l'eventuale risoluzione è demandata alla Regione.

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

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

NICOLA ZINGARETTI

Allegato A

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

Allegato A

Contratto/Accordo

tra

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

e

(nome struttura_____), cod. struttura_____, erogatore di prestazioni di _____, (di seguito per brevità "Erogatore" o "Struttura"), dall'altra parte,

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

Visto:

a) l'art. 8 quinquies, comma 2 D. Lgs n. 502/92;

b) l'art. 8 quinquies, comma 2, lettera e bis D. Lgs n. 502/92;

c) l'art. 8 quinquies, comma 2-quater D. Lgs n. 502/92;

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*";

Premesso che:

a) con D.G.R. n. 149 del 6 marzo 2007 la Regione Lazio ha approvato il Piano di rientro nel quale hanno trovato organica sistemazione tutti gli obiettivi e le misure amministrative propedeutiche al conseguimento del programmato risanamento finanziario;

b) la Legge 23 dicembre 2009, n. 191 ha previsto il mantenimento della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di Rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati come predisposti dal Commissario *ad acta*;

Allegato A

c) in coerenza con gli obiettivi posti dal Piano di rientro, la Regione Lazio intende porre su basi di maggiore e compiuta certezza i rapporti tra le aziende sanitarie locali e gli erogatori privati di prestazioni sanitarie e riformulare un modello contrattuale uniforme per la disciplina dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, che tenga conto dell'evoluzione normativa nazionale ed europea, orientata ad assicurare che le strutture siano in possesso, oltre i requisiti ulteriori per l'accreditamento, anche di requisiti minimi di affidabilità e onorabilità in ordine ad una corretta gestione del rapporto con la Regione, anche al fine di elevare standard di qualità e trasparenza;

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

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

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

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

Articolo 1)

Identificazione della struttura e dichiarazioni

1. L'Erogatore è titolare di autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale definitivo rilasciati con provvedimento del _____ per la struttura sita in _____, Via _____, ovvero è 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 regime di accreditamento istituzionale, 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;

Allegato A

- ☐ prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare;
- ☐ prestazioni di RSA;
- ☐ prestazioni Hospice;
- ☐ prestazioni di riabilitazione ex art. 26;
- ☐ prestazioni neuropsichiatriche;
- ☐ attività di cui all'art. 8-sexies, comma 2, D. Lgs. 502/92 e all'art. 7, comma 2, D. Lgs. 517/99;

2. L'Erogatore intende esercitare 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.

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.

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

Allegato A

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 c) 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) c 2);

c.2) i cui contratti superino il valore indicato all'art. 83, lettera c) 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) dichiarazione attestante l'avvenuta adozione del modello organizzativo di cui al D. Lgs. n. 231/2001 in materia di prevenzione dei reati, ovvero l'adesione al codice etico adottato sulla base del modello proposto dalla Regione e impegno all'adozione di un modello organizzativo entro la fine del 2014;

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

Allegato A

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. Fermo quanto sopra, la documentazione per l'anno corrente dovrà essere prodotta e/o acquisita entro il 30 settembre 2013 e sarà impiegata anche per la stipula del contratto per l'anno 2014.

4. Su richiesta della ASL o della Regione Lazio, l'Erogatore fornirà alla ASL 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.

5. 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.

6. 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.

Allegato A

Articolo 4)

Valorizzazione di prestazioni erogabili e corrispettivo massimo

1.

a) **per le strutture che erogano prestazioni per acuti**: il Budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno 2013 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, previo preavviso di almeno tre giorni, dallo stesso PS/DEA e dalla relativa Direzione Sanitaria. L'attività di cui sopra non potrà comunque superare il limite massimo del 15% dei ricoveri dell'anno 2012 della struttura stessa ed è ricompresa nei limiti del budget assegnato. Tali richieste vanno comunicate anche alla Regione Lazio, Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria;

b) **per le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione post- acuzie:** il Budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno 2013 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 2013 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) Ospedali Classificati, IRCCS privati e Policlinici Universitari non statali:

il Budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno 2013 è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e della compartecipazione aggiuntiva (quota fissa) di cui alla vigente normativa; viene individuata una riserva

Allegato A

del volume e del tetto di remunerazione in misura pari al 10% non utilizzabile nel periodo fino al 31 ottobre 2013 posta a garanzia dell'assicurazione delle prestazioni nei mesi di novembre e dicembre;

d.2) strutture private ad esclusione degli Ospedali classificati, degli IRCCS privati e dei Policlinici Universitari non statali: il Budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno 2013, nelle more del completamento delle attività demandate al gruppo di lavoro costituito con Determinazione dirigenziale n. B00612/2013, si intende riconoscibile nella misura del 60%, sino al 30 giugno 2013 e, laddove entro tale data i lavori non fossero stati completati, saranno riconosciuti i budget annuali; viene individuata una riserva del volume e del tetto di remunerazione in misura pari al 10% non utilizzabile nel periodo fino al 31 ottobre 2013 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 2013 è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari); viene individuata una riserva del volume e del tetto di remunerazione in misura pari al 10% non utilizzabile nel periodo fino al 31 ottobre 2013 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 2013 è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e della compartecipazione aggiuntiva 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 2013 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 2013 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 2013 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

Allegato A

commissariale n. _____ del _____ per l'anno 2013 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 2013 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 e all'art. 7, comma 2, D.Lgs. 517/99:** il finanziamento assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno 2013 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 2013 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. 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.

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 S.S.R..

Le Parti, infatti, convengono espressamente che oltre il tetto massimo (Budget) stabilito dal presente contratto/accordo non sono riconosciuti oneri a carico del S.S.R. 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

Allegato A

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..

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

3. L'erogazione della prestazione sanitaria, ammessa alla remunerazione a carico del S.S.R., 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 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.

4. 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.

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

a) l'autenticazione informatica;

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

Allegato A

c) l'utilizzazione di un sistema di autorizzazione;

d) l'aggiornamento periodico dell'individuazione dell'ambito del trattamento consentito ai singoli incaricati e addetti alla gestione o alla manutenzione degli strumenti elettronici – provvedendo anche alla formazione degli stessi al fine di garantire l'effettiva protezione dei dati, nonché l'efficacia delle misure minime adottate;

e) la protezione degli strumenti elettronici e dei dati rispetto a trattamenti illeciti di dati, ad accessi non consentiti e a determinati programmi informatici;

f) l'adozione di procedure per la custodia di copie di sicurezza, il ripristino della disponibilità dei dati e dei sistemi;

g) l'adozione di tecniche di cifratura o di codici identificativi per determinati trattamenti di dati idonei a rivelare lo stato di salute o la vita sessuale effettuati da organismi sanitari.

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

6. 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 24 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, anche attraverso gli strumenti informatici, di ogni dato ritenuto utile a legittimamente verificare il corretto adempimento;

Allegato A

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

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 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.

Resta espressamente convenuto che il pagamento dei corrispettivi per le Prestazioni Sanitarie sarà sospeso in caso di tardiva trasmissione dei dati di cui al precedente articolo 6), e sino alla intervenuta trasmissione dei dati medesimi.

Articolo 8)

Modalità di fatturazione, liquidazione e termini per il pagamento dei corrispettivi

Allegato A

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

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.

Articolo 9)

Decorrenza e durata

1. Il presente contratto decorre dal 1 gennaio 2013 ed avrà durata sino al 31 dicembre 2013.

Articolo 10)

Cessione del Contratto

1. Il presente Contratto non potrà essere ceduto in tutto o in parte. La cessione 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) a mezzo ufficiale giudiziario o, in alternativa a mezzo piego raccomandato con avviso di ricevimento. La cessione avrà efficacia nei confronti della ASL decorso il termine di 45 giorni dalla data di ricezione dell'atto. Entro il suddetto termine la ASL è tenuta a comunicare espressamente, al domicilio indicato nel presente accordo, l'eventuale diniego.

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.

Articolo 12)

Risoluzione per grave inadempimento

1. Fermo ogni altro rimedio previsto nel Contratto e nella normativa applicabile, il presente Contratto si

Allegato A

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 precedenti 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

Allegato A

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 dell'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 ASL 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).

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

Allegato A

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/accordo presso i rispettivi indirizzi in epigrafe emarginati.

_____, _____ 2013

L'Azienda Sanitaria Locale _____

L'Erogatore _____

Allegato A

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.

L'Azienda Sanitaria Locale _____

L'Erogatore _____

Denominazione/ragione sociale

CODICE ETICO DI COMPORTAMENTO

luogo, data

Allegato B
Codice Etico di Comportamento

SOMMARIO

1. PREMESSA 3
2. PRINCIPI GENERALI 3
2.1. Principi Etici Generali 3
2.2. Destinatari del Codice Etico 4
2.3. Obblighi dei Destinatari 4
2.4. Il Rapporto di Accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale 5
2.5. Valore Contrattuale del Codice Etico 5
3. PRINCIPI NEI RAPPORTI CON I TERZI 5
3.1. Principi Generali 5
3.2 Rapporti con Gli Utenti 5
3.3. Rapporti con i Dipendenti e con i Medici 6
3.4. Rapporti con i Collaboratori e con i Consulenti 7
3.5. Rapporti con i Fornitori 7
3.6. Rapporti con altri erogatori 8
3.7. Rapporti con la Pubblica Amministrazione 8
3.8 Rapporti con gli Enti e le Associazioni 9
3.9. Rapporti con i Soggetti di Vigilanza e di Controllo 9
3.10. Rapporti con le Organizzazioni Sindacali 9
3.11. Rapporti con i Mezzi di Comunicazione di Massa 9
4. AMBIENTE, SALUTE E SICUREZZA 9
5. PRINCIPI NELLE ATTIVITA' CONTABILI E DI TRATTAMENTO DEI DATI 10
5.1. Registrazioni Contabili 10
5.2. Tutela della Privacy 10
6. POLITICHE DEL PERSONALE 11
6.1. Rapporti con le Risorse Umane 11
6.2. Molestie sul Luogo di Lavoro 11
6.3. Abuso di Sostanze Alcoliche o Stupefacenti 12
6.4. Fumo 12
6.5. Utilizzo di Beni Aziendali 12
7. VERIFICHE 12
7.1. Controlli Interni 12
7.2. Registrazione delle Operazioni 13
7.3 Segnalazioni e Obbligo di Comunicazione all'amministrazione della Struttura,o all'ODV 13
8. CONSEGUENZE DELLA VIOLAZIONE DEL DISPOSTO DEL CODICE ETICO 13
8.1. Organismo di Vigilanza 13
8.2. Diffusione del Codice Etico 14
8.3 Conseguenze della Violazione del Codice per i Dipendenti 14
8.4. Conseguenze della Violazione del Codice per i Dirigenti, gli Amministratori ed i Sindaci 14
8.5. Conseguenze della Violazione del Codice per i Collaboratori, i Consulenti e Altri Terzi 15

Codice etico di comportamento

1. PREMESSA

(NOME STRUTTURA) è una struttura gestita da (Società, ente etc..) per erogare e gestire in forma integrata con il SSR, attività di_____coerentemente con le norme nazionali e regionali e gli indirizzi della Regione Lazio.

La struttura è sensibile all'esigenza di assicurare condizioni di correttezza e trasparenza nello svolgimento delle prestazioni sanitarie a tutela della posizione e dell'immagine propria, delle aspettative dei propri soci/azionisti/associati e del lavoro dei propri dipendenti e collaboratori.

Si impegna ad assicurare le migliori prestazioni di diagnosi e cura, in termini di appropriatezza, tempestività, efficacia, sistematicità e continuità richieste dallo stato del malato, al quale garantisce la più esaustiva informazione sulle modalità di cura adottate.

I principi ispiratori del Codice Etico sono contenuti nel presente documento. _____(NOME STRUTTURA) auspica la spontanea condivisione, adesione e diffusione del Codice e ne prescrive l'osservanza e l'applicazione da parte di ogni soggetto che operi per conto della struttura gestita da____ o che venga in contatto con la stessa. E' prevista l'applicazione di sanzioni disciplinari e/o contrattuali per le eventuali violazioni del Codice.

2. PRINCIPI GENERALI

2.1. PRINCIPI ETICI GENERALI

Nell'erogazione delle prestazioni sanitarie (nome struttura) si ispira ai principi etici di seguito enunciati, dei quali richiede l'osservanza da parte dei soggetti coinvolti nelle attività.

La _____(Società/ente etc..) conduce la propria attività nel rispetto delle normative comunitarie, nazionali e internazionali, respingendo la corruzione ed ogni pratica illegale. Nessun comportamento contrario alla legislazione vigente, al presente Codice Etico o alle normative regionali posto in essere dagli organi di governo societario, dalla direzione aziendale ed - in generale - da tutti i dipendenti e collaboratori nell'esecuzione delle mansioni o degli incarichi affidati, anche se motivato dal perseguimento di un interesse o di un vantaggio della Società, può considerarsi tollerato e giustificato e comporta l'adozione di provvedimenti sanzionatori.

L'Azienda considera di fondamentale importanza lo svolgimento delle prestazioni da parte dei dipendenti e dei collaboratori della Società secondo diligenza, competenza, professionalità ed efficienza anche al fine di fornire agli utenti, prestazioni di elevato livello qualitativo. La Struttura considera l'imparzialità di trattamento un valore fondamentale nell'ambito di ogni relazione sia interna sia esterna e considera l'individuo, i suoi valori e i suoi diritti, tra i quali quello alla salute, valori da tutelare.

La struttura considera la propria immagine e la propria reputazione valori che, in quanto patrimonio comune, devono essere tutelati e sviluppati anche attraverso la piena diffusione, condivisione ed osservanza dei principi etici e di comportamento contenuti nel presente codice.

Tutti coloro che agiscono, operano e collaborano a qualsiasi titolo con l'Erogatore_____hanno il dovere di tenere e far tenere ai propri collaboratori ed ai propri interlocutori un comportamento conforme ai generali principi di assoluta onestà, lealtà, buona fede, correttezza e diligenza, oltre che agli specifici obblighi che possano derivare dalla deontologia e, comunque, da quei principi ritenuti dovuti in virtù del contesto e delle finalità della propria missione.

In nessun modo la convinzione di agire nell'interesse o a vantaggio della struttura può giustificare l'adozione di comportamenti in contrasto con i principi indicati nel presente Codice.

Codice etico di comportamento

1. PREMESSA

(NOME STRUTTURA) è una struttura gestita da (Società, ente etc..) per erogare e gestire in forma integrata con il SSR, attività di_____coerentemente con le norme nazionali e regionali e gli indirizzi della Regione Lazio.

La struttura è sensibile all'esigenza di assicurare condizioni di correttezza e trasparenza nello svolgimento delle prestazioni sanitarie a tutela della posizione e dell'immagine propria, delle aspettative dei propri soci/azionisti/associati e del lavoro dei propri dipendenti e collaboratori.

Si impegna ad assicurare le migliori prestazioni di diagnosi e cura, in termini di appropriatezza, tempestività, efficacia, sistematicità e continuità richieste dallo stato del malato, al quale garantisce la più esaustiva informazione sulle modalità di cura adottate.

I principi ispiratori del Codice Etico sono contenuti nel presente documento. _____(NOME STRUTTURA) auspica la spontanea condivisione, adesione e diffusione del Codice e ne prescrive l'osservanza e l'applicazione da parte di ogni soggetto che operi per conto della struttura gestita da____ o che venga in contatto con la stessa. E' prevista l'applicazione di sanzioni disciplinari e/o contrattuali per le eventuali violazioni del Codice.

2. PRINCIPI GENERALI

2.1. PRINCIPI ETICI GENERALI

Nell'erogazione delle prestazioni sanitarie (nome struttura) si ispira ai principi etici di seguito enunciati, dei quali richiede l'osservanza da parte dei soggetti coinvolti nelle attività.

La _____(Società/ente etc..) conduce la propria attività nel rispetto delle normative comunitarie, nazionali e internazionali, respingendo la corruzione ed ogni pratica illegale. Nessun comportamento contrario alla legislazione vigente, al presente Codice Etico o alle normative regionali posto in essere dagli organi di governo societario, dalla direzione aziendale ed - in generale - da tutti i dipendenti e collaboratori nell'esecuzione delle mansioni o degli incarichi affidati, anche se motivato dal perseguimento di un interesse o di un vantaggio della Società, può considerarsi tollerato e giustificato e comporta l'adozione di provvedimenti sanzionatori.

L'Azienda considera di fondamentale importanza lo svolgimento delle prestazioni da parte dei dipendenti e dei collaboratori della Società secondo diligenza, competenza, professionalità ed efficienza anche al fine di fornire agli utenti, prestazioni di elevato livello qualitativo. La Struttura considera l'imparzialità di trattamento un valore fondamentale nell'ambito di ogni relazione sia interna sia esterna e considera l'individuo, i suoi valori e i suoi diritti, tra i quali quello alla salute, valori da tutelare.

La struttura considera la propria immagine e la propria reputazione valori che, in quanto patrimonio comune, devono essere tutelati e sviluppati anche attraverso la piena diffusione, condivisione ed osservanza dei principi etici e di comportamento contenuti nel presente codice.

Tutti coloro che agiscono, operano e collaborano a qualsiasi titolo con l'Erogatore_____hanno il dovere di tenere e far tenere ai propri collaboratori ed ai propri interlocutori un comportamento conforme ai generali principi di assoluta onestà, lealtà, buona fede, correttezza e diligenza, oltre che agli specifici obblighi che possano derivare dalla deontologia e, comunque, da quei principi ritenuti dovuti in virtù del contesto e delle finalità della propria missione.

In nessun modo la convinzione di agire nell'interesse o a vantaggio della struttura può giustificare l'adozione di comportamenti in contrasto con i principi indicati nel presente Codice.

2.2. DESTINATARI DEL CODICE ETICO

Le norme del Codice Etico si applicano senza eccezione ai dipendenti di Erogatore _____ ed a tutti i soggetti che, direttamente o indirettamente, stabilmente o temporaneamente, vi istaurano, a qualsiasi titolo, rapporti e relazioni di collaborazione, cooperando allo svolgimento della sua attività ed al perseguimento dei suoi fini. I principi del Codice Etico devono ispirare i componenti del Consiglio di Amministrazione e, in ogni caso degli organi di direzione, in qualsiasi decisione od azione relativa alla gestione aziendale; del pari i dirigenti, nel dare concreta attuazione all'attività di direzione, dovranno ispirarsi ai medesimi principi, anche al fine di rappresentare un modello di riferimento per i dipendenti e i collaboratori. Ogni Responsabile della struttura:

- rappresenta con il proprio comportamento un esempio per i propri collaboratori;
- promuove l'osservanza delle norme del Codice da parte dei "Destinatari";
- opera affinché i "Destinatari" comprendano che il rispetto delle norme del Codice costituisce parte essenziale della qualità della prestazione di lavoro e della propria attività;
- adotta misure correttive immediate quando richiesto dalla situazione;
- si adopera per impedire, nei limiti delle proprie competenze e attribuzioni, possibili comportamenti non conformi alla normativa vigente, al presente Codice o alle norme interne.

2.3. OBBLIGHI DEI DESTINATARI

Tutte le azioni, le operazioni e le negoziazioni e, in genere, i comportamenti posti in essere dai "Destinatari" del presente Codice nello svolgimento dell'attività lavorativa devono essere improntati ai principi di onestà, correttezza, integrità, trasparenza, legittimità, chiarezza e reciproco rispetto. I "Destinatari" si impegnano a collaborare attivamente alle attività di verifica – interne ed esterne – secondo le norme vigenti e le procedure interne.

Tutte le attività devono essere svolte con impegno e rigore professionale. Ciascun "Destinatario" deve fornire apporti professionali adeguati alle responsabilità assegnate e deve agire in modo da tutelare il prestigio e l'immagine della struttura e della Regione per la quale opera. I dipendenti dell'Erogatore _____, oltre che adempiere ai doveri generali di lealtà, correttezza ed esecuzione del contratto di lavoro secondo buona fede, devono astenersi dallo svolgere attività in concorrenza con quelle dell'Azienda, rispettare le regole aziendali ed attenersi ai precetti del Codice.

I "Destinatari" devono evitare situazioni e/o attività che possano condurre a conflitti di interesse con quelli dell'Erogatore _____ o che potrebbero interferire con la loro capacità di prendere decisioni imparziali, nella salvaguardia del miglior interesse della stessa. I dipendenti e tutti coloro che intrattengono rapporti di collaborazione con l'Erogatore _____ sono tenuti ad adeguare i propri comportamenti alle disposizioni ed ai principi del Codice Etico, non assumendo iniziative in contrasto con il Codice medesimo. In particolare i destinatari del Codice Etico sono tenuti all'osservanza delle disposizioni e dei principi ivi contenuti anche nel caso in cui gli stessi siano espressi quali criteri di comportamento aziendale, e non quali precetti rivolti direttamente ai destinatari medesimi.

Per tutelare l'immagine e la reputazione dell'Erogatore, è indispensabile che i rapporti nei confronti di soggetti esterni all'azienda siano improntati:

- alla piena trasparenza e correttezza;
- al rispetto della legge, con particolare riferimento alle disposizioni in tema di reati contro la Pubblica Amministrazione;
- all'indipendenza nei confronti di ogni forma di condizionamento, sia interno che esterno.

2.4. IL RAPPORTO DI ACCREDITAMENTO CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

La Struttura/ente gestito da _____ è consapevole dell'importanza e del significato sociale, per la collettività, del servizio erogato. L'erogatore svolge il servizio affidato in regime di accreditamento con il servizio sanitario regionale e deve operare nel rispetto delle previsioni contenute nel Contratto stipulato con la ASL _____ e con la Regione Lazio, al precipuo fine di consentire agli utenti del servizio il pieno e continuativo esercizio del proprio diritto alla libera e sicura scelta delle prestazioni sanitarie. Nell'ambito dello svolgimento della propria attività ed in considerazione della rilevanza pubblica del servizio erogato, l'Erogatore _____ ripone la massima cura nella valorizzazione dell'immagine della tutela alla salute.

2.5. VALORE CONTRATTUALE DEL CODICE ETICO

L'osservanza delle norme e delle previsioni contenute nel Codice Etico costituisce parte integrante ed essenziale delle obbligazioni contrattuali derivanti dai rapporti di lavoro subordinato, per i lavoratori dipendenti, e dai regolamenti contrattuali, per i collaboratori non subordinati.
La violazione delle suddette norme costituirà inadempimento alle obbligazioni derivanti dal rapporto di lavoro o di collaborazione, con ogni conseguenza di legge o di contratto.

3. PRINCIPI NEI RAPPORTI CON I TERZI

3.1. PRINCIPI GENERALI

Nei rapporti con i terzi l'Erogatore si ispira a principi di lealtà, correttezza, trasparenza ed efficienza. I dipendenti della _____ Società/ente che gestisce la struttura ed i collaboratori esterni dovranno seguire comportamenti corretti negli affari di interesse dell'Azienda e nei rapporti con la Pubblica Amministrazione. Sono esplicitamente proibite tutte le pratiche di corruzione, frode, truffa, favori illegittimi, comportamenti collusivi, sollecitazioni (dirette e/o attraverso terzi) di vantaggi personali e di carriera per sé o per altri. L'Erogatore si impegna ad individuare e definire specifiche modalità di gestione trasparente, documentate e tracciabili delle risorse finanziarie in entrata ed in uscita idonee ad impedire la commissione di reati.

3.2. RAPPORTI CON GLI UTENTI

La struttura e tutti i suoi collaboratori, devono perseguire la massima soddisfazione degli utenti, assicurando agli stessi informazioni veritiere ed esaurienti sui protocolli clinici di cura adottati e sui servizi forniti, in modo da consentire agli stessi l'assunzione di decisioni consapevoli (cd. "consenso informato alle cure"). Il consenso del paziente a compiere un determinato trattamento medico rappresenta condicio *sine qua non* per la corretta instaurazione del rapporto d'opera professionale, in attuazione di principi costituzionalmente garantiti e, in ogni caso, attuazione di un principio etico che si colloca nel rapporto tra medico e paziente.
L'utente, all'esito della completa e complessiva valutazione della diagnosi, del trattamento sanitario proposto dal medico, dello scopo del trattamento, delle possibili alternative e dei rischi eventualmente associati al trattamento, è in grado di poter decidere liberamente se sottoporsi al trattamento medico, esprimendo il consenso.
Al fine di consentire un consenso informato l'Erogatore_____ s'impegna a:

- garantire al paziente (o a suo delegato) la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate;
- non utilizzare strumenti di persuasione, di natura scientifica o d'altro tipo, ingannevoli o non veritieri;

- assicurare adeguata ed esaustiva informazione anche ad utenti stranieri, ove necessario mediante l'utilizzo di interpreti con adeguate competenze linguistiche;
- vietare l'adozione da parte di tutti i collaboratori, di comportamenti favorenti disparità di trattamento o posizioni privilegiate nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Al fine di stabilire un miglior rapporto con gli utenti, l'Erogatore si impegna altresì a verificare periodicamente il corretto funzionamento dell'Ufficio deputato alle Relazioni con il Pubblico.

3.3. RAPPORTI CON I DIPENDENTI E CON I MEDICI

La Società provvede alla più ampia diffusione del Codice Etico presso i medici ed i dipendenti. La (Società/ente etc) procede all'individuazione ed alla selezione dei medici e dei dipendenti con assoluta imparzialità, autonomia ed indipendenza di giudizio, nel pieno rispetto della normativa vigente e delle procedure interne.

L'Erogatore richiede che i propri medici e i propri dipendenti conoscano ed osservino le prescrizioni del Codice Etico e che, compatibilmente con le possibilità individuali, ne promuovano la conoscenza presso i dipendenti neo-assunti nonché presso i terzi interessati dall'applicazione dello stesso con i quali vengano in contatto per ragioni del loro Ufficio.

I medici ed i dipendenti hanno l'obbligo di:

- astenersi da comportamenti contrari alle norme del Codice Etico ed esigerne il rispetto;
- rivolgersi ai propri superiori o alle funzioni a ciò deputate in caso di necessità di chiarimenti sulle modalità di applicazione delle stesse;
- riferire tempestivamente ai superiori o alle funzioni a ciò deputate:
  a) qualsiasi notizia, di diretta rilevazione o riportata da altri, in merito a possibili violazioni delle norme del Codice Etico;
  b) qualsiasi richiesta di violare le norme che sia stata loro rivolta;
- collaborare per la verifica delle possibili violazioni con le strutture a ciò deputate.

Il dipendente non potrà condurre indagini personali o riportare le notizie ad altri se non ai propri superiori o alle funzioni a ciò eventualmente deputate. Sono vietate le segnalazioni anonime. I dipendenti sono, quindi, tenuti a segnalare all'Organismo di Vigilanza (e ove non ancora costituito all'Amministrazione) ogni violazione del Codice Etico di cui vengano a conoscenza. Qualunque segnalazione infondata ed effettuata in mala fede al fine di arrecare nocumento a colleghi e/o collaboratori verrà considerata infrazione e sanzionata disciplinarmente. La Società pone la massima e costante attenzione nella valorizzazione delle risorse umane. A tal fine considera il criterio meritocratico, della competenza professionale, dell'onestà e della correttezza di comportamento fondamenti privilegiati per l'adozione di ogni decisione concernente la carriera e ogni altro aspetto relativo al dipendente. I dipendenti sono tenuti a porre in essere una condotta costantemente rispettosa dei diritti e della personalità dei colleghi, dei collaboratori e dei terzi, indipendentemente dalla loro posizione gerarchica all'interno dell'Azienda. I medici e i dipendenti devono utilizzare correttamente i beni aziendali messi a loro disposizione salvaguardando, in generale, il valore del patrimonio aziendale. L'Erogatore_____ riconosce e rispetta il diritto dei medici e dei dipendenti a partecipare ad investimenti, affari o ad attività di altro genere al di fuori di quella svolta nell'interesse dell'Azienda stessa, purché si tratti di attività consentite dalla legge e/o CCNL di settore, nonché compatibili con gli obblighi assunti in qualità di dipendenti. In ogni caso, i dipendenti devono evitare tutte le situazioni e tutte le attività in cui si possa manifestare un conflitto con gli interessi della struttura o che possano interferire con la loro capacità di assumere, in modo imparziale, decisioni nel migliore interesse dell'Erogatore e nel pieno rispetto delle norme del Codice Etico. Ogni situazione che possa costituire o determinare un conflitto di interesse deve essere tempestivamente comunicata al superiore o alla funzione a ciò deputata. In particolare tutti i medici e i dipendenti sono tenuti ad evitare conflitti di interesse tra le attività economiche personali

e familiari e le mansioni/funzioni che ricoprono all'interno della struttura di appartenenza. Sono tenuti a curare le proprie competenze e coltivare la propria professionalità, maturando esperienza e collaborazione, stimolando la crescita professionale dei propri collaboratori; a contribuire, mediante il costante impegno professionale ed il corretto comportamento personale, al raggiungimento e mantenimento degli obbiettivi di eccellenza propri dell'Erogatore nell'erogazione dei servizi sanitari, didattici e scientifici; ad aggiornarsi autonomamente sulla normativa vigente; ad osservare scrupolosamente i precetti previsti dai Codici Deontologici nella misura applicabile al loro operato.

In particolare ai dipendenti, collaboratori e medici è vietato:

- utilizzare strumenti di persuasione scientifica o di altro genere i cui contenuti siano ingannevoli o comunque non veritieri;
- erogare prestazioni non necessarie o dichiarare prestazioni non effettivamente erogate;
- utilizzare codici di diagnosi e cura diversi dai codici corrispondenti alla prestazione effettivamente erogata;
- contabilizzare prestazioni ambulatoriali nell'ambito dei ricoveri ordinari;
- duplicare la fatturazione della medesima prestazione o non emettere note di credito qualora siano state fatturate, anche per errore, prestazioni inesistenti o non finanziabili;
- tenere comportamenti che tendano ad alterare la corretta gestione delle liste d'attesa;
- alterare o manomettere i contenuti della Cartella Clinica in ogni sua parte;
- usufruire, per proprie finalità, dei progetti, dei sistemi, dei procedimenti, delle metodologie, dei rapporti o di altra invenzione o attività sviluppata dalla struttura e di cui quest'ultima è titolare dei diritti di proprietà individuale.

3.4. RAPPORTI CON I COLLABORATORI E CON I CONSULENTI

La _____ (Società/ente etc.) procede all'individuazione ed alla selezione dei collaboratori e dei consulenti con assoluta imparzialità, autonomia ed indipendenza di giudizio. Quanto stabilito al punto precedente per i dipendenti vale anche per i collaboratori e consulenti esterni, nei limiti dei rapporti intrattenuti con la struttura. Comportamenti contrari ai principi espressi nel Codice Etico possono essere considerati grave inadempimento ai doveri di correttezza e buona fede nell'esecuzione del contratto, motivo di lesione del rapporto fiduciario e giusta causa di risoluzione dei rapporti contrattuali.

3.5. RAPPORTI CON I FORNITORI

Nello svolgimento della propria attività e nella gestione delle relazioni con i clienti, la _____ (struttura) si attiene scrupolosamente alle norme di legge, ai principi del presente Codice, ai contratti in essere ed alle procedure interne. I dipendenti addetti alle relazioni con i fornitori e con i prestatori di servizi devono procedere alla selezione degli stessi ed alla gestione dei relativi rapporti secondo criteri di imparzialità e di correttezza, evitando situazioni di conflitto di interessi anche potenziale con i medesimi, segnalando all'Ufficio preposto l'esistenza o l'insorgenza di tali situazioni.

Nei rapporti di appalto, di approvvigionamento e, in genere, di fornitura di beni e/o servizi è fatto obbligo ai "Destinatari" delle norme del presente Codice di:

- osservare le procedure interne per la selezione e la gestione dei rapporti con i fornitori;
- non precludere ad alcuna azienda fornitrice in possesso dei requisiti richiesti la possibilità di competere per aggiudicarsi una fornitura, adottando nella selezione criteri di valutazione oggettivi, secondo modalità dichiarate e trasparenti;
- mantenere un dialogo aperto con i fornitori, in linea con le buone consuetudini commerciali, ma liberi da obblighi personali;

- non accettare beni o servizi da soggetti esterni o interni a fronte dell'ottenimento di notizie riservate o dell'avvio di azioni o comportamenti volti a favorire tali soggetti, anche nel caso non vi siano ripercussioni dirette per la società;
- segnalare immediatamente qualsiasi tentativo o caso di immotivata alterazione dei normali rapporti commerciali all'Amministrazione dell'Erogatore/l'OdV.

Gesti di cortesia commerciale, come omaggi o forme di ospitalità, sono ammessi solo nel caso in cui siano di modico valore e comunque tali da non pregiudicare l'integrità o l'indipendenza di giudizio di una delle parti e da non poter essere intesi come finalizzati ad ottenere vantaggi in modo improprio. In ogni caso, tale tipologia di spesa deve essere sempre autorizzata dal proprio Responsabile e documentata in modo adeguato. Parimenti, è fatto divieto agli organi sociali, al management, al personale dipendente, ai collaboratori esterni ed in particolar modo in caso di esercizio di una pubblica funzione o di un pubblico servizio, di ricevere e/o richiedere omaggi o trattamenti di favore non attribuibili a normali relazioni di cortesia. In tale ultima ipotesi è fatto obbligo di segnalare formalmente la situazione al proprio Responsabile.
Per particolari tipologie di beni/servizi, oltre ai normali criteri di selezione, occorre considerare anche l'esistenza concreta di adeguati sistemi di qualità aziendali.

3.6. RAPPORTI CON ALTRI EROGATORI

La struttura rispetta rigorosamente le disposizioni di legge in materia di concorrenza e si astiene dal porre in essere comportamenti ingannevoli, collusivi e, più in generale qualunque comportamento che possa integrare una forma di concorrenza sleale.

3.7. RAPPORTI CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

La Società adotta nelle relazioni con la Pubblica Amministrazione, con Enti che svolgono attività di pubblica utilità o di pubblico interesse o in ogni caso relative a rapporti di carattere pubblicistico, la più rigorosa osservanza delle normative comunitarie, nazionali e regionali applicabili.
La gestione di trattative, l'assunzione di impegni e l'esecuzione di rapporti, di qualsiasi genere, con la Pubblica Amministrazione, con Enti che svolgono attività di pubblica utilità o di pubblico interesse o comunque di rapporti aventi carattere pubblicistico sono riservati esclusivamente alle funzioni aziendali a ciò preposte e/o autorizzate. Nei rapporti con la Pubblica Amministrazione, l'Erogatore _____ e ogni dipendente, collaboratore o consulente, non deve cercare di influenzare impropriamente le decisioni dell'istituzione interessata, al fine di ottenere l'esercizio di una sua funzione o di un suo potere o il compimento di atti non conformi o contrari ai doveri di ufficio, in particolare offrendo o promettendo autonomamente o a seguito di induzione, direttamente o indirettamente, doni, denaro, favori o utilità di qualunque genere.
Il dipendente o il collaboratore che dovesse ricevere indicazioni di operare in violazione dei termini sopra esposti è tenuto a darne immediata comunicazione all'Organismo di Vigilanza previa sospensione di ogni rapporto.
In ogni caso, l'Erogatore assicura piena trasparenza e completezza informativa nella predisposizione di comunicazioni, prospetti ed avvisi diretti alla Pubbliche Amministrazione.
I Destinatari sono tenuti ad astenersi rigorosamente dall'esibire documenti falsi e/o alterati alla PA, ovvero sottrarre e/o omettere l'esibizione, se dovuta, di documenti, informazioni o dati di qualsiasi tipo, ovvero dal tenere una condotta tendente a trarre in inganno la PA, in particolare per ciò che riguarda la gestione delle attività relative ai ricoveri e alle pratiche ambulatoriali.
Ogni operazione erogata per conto del SSN deve essere legittima, congrua e adeguatamente documentata, al fine di poter procedere, in ogni momento, all'effettuazione di controlli che

consentano di (i) verificarne le caratteristiche e le motivazioni e (ii) individuare i soggetti che hanno autorizzato, effettuato, registrato e verificato l'operazione stessa.

3.8. RAPPORTI CON GLI ENTI E LE ASSOCIAZIONI

L'Erogatore:

- non finanzia partiti, i loro rappresentanti e candidati e si astiene da qualsiasi pressione impropria (diretta o indiretta) nei confronti di esponenti politici;
- può aderire a richieste di contributi provenienti da Enti e Associazioni senza fini di lucro;
- le eventuali attività di sponsorizzazione possono riguardare i temi della medicina e della ricerca scientifica, del sociale, dell'ambiente, dello sport, dello spettacolo e dell'arte e sono destinate solo ad eventi che offrano garanzia di qualità. In ogni caso, nella scelta delle proposte a cui aderire, la struttura è attenta a prevenire e ad evitare ogni possibile conflitto di interessi di ordine personale o della struttura in quanto tale.

3.9. RAPPORTI CON I SOGGETTI DI VIGILANZA E DI CONTROLLO

La Società, in tutte le sue articolazioni, improntа i propri rapporti con i soggetti deputati alla vigilanza ed al controllo alla massima collaborazione nel pieno rispetto del loro ruolo, della loro autonomia e del loro potere di iniziativa, impegnandosi a dare sollecita esecuzione alle loro prescrizioni. La Società si impegna a fornire - anche se necessario in via preventiva - tutte le informazioni richieste dai soggetti deputati alla vigilanza ed al controllo dei servizi erogati, in maniera completa, corretta, adeguata e tempestiva. A tal fine, la struttura predispone ed attua le apposite e opportune procedure organizzative deputate ad individuare i soggetti competenti a coordinarsi con gli organi di vigilanza e controllo, nonché a provvedere alla raccolta, elaborazione e trasmissione delle informazioni richieste da tali soggetti.

3.10. RAPPORTI CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

La Struttura non eroga contributi di alcun genere, direttamente o indirettamente, ad organizzazioni sindacali, né a loro rappresentanti o candidati se non nelle forme e nei modi previsti dalle normative vigenti. Le relazioni con le Organizzazioni sindacali sono improntate a principi di correttezza e di collaborazione nell'interesse dell'Erogatore _____, dei dipendenti e della collettività.

3.11. RAPPORTI CON I MEZZI DI COMUNICAZIONE DI MASSA

La Società/ente si rivolge agli organi di stampa e di comunicazione di massa unicamente attraverso la Dirigenza a ciò deputata, in un atteggiamento di massima correttezza, disponibilità e trasparenza, nel rispetto della politica di comunicazione definita dalla struttura e nel rispetto della normativa regionale vigente in materia. I dipendenti non possono fornire informazioni di qualsivoglia natura ai rappresentanti della stampa e dei mass media in genere, né avere con questi alcun tipo di contatto volto alla diffusione di notizie aziendali, senza l'autorizzazione della Direzione.

4. AMBIENTE, SALUTE E SICUREZZA

L'Erogatore _____ considera l'ambiente e la natura valori fondamentali e patrimonio di tutti, da tutelare e da difendere. A tal fine la struttura, nell'ambito delle proprie attività, è impegnata a contribuire allo sviluppo e al benessere delle comunità in cui opera, perseguendo l'obiettivo di garantire la sicurezza e la salute dei dipendenti, dei collaboratori esterni, degli utenti. La _____ (società/ente etc..) si impegna a gestire le proprie attività nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di ambiente, salute, sicurezza sul lavoro. La gestione operativa deve fare riferimento a criteri avanzati di salvaguardia ambientale e di efficienza energetica perseguendo il miglioramento delle condizioni di salute e di sicurezza sul lavoro. La ricerca e l'innovazione

tecnologica devono essere dedicate in particolare alla promozione di prodotti e processi sempre più compatibili con l'ambiente e caratterizzati da una sempre maggiore attenzione alla sicurezza e alla salute degli operatori. La Società si impegna a diffondere una cultura della sicurezza sul lavoro sviluppando la consapevolezza dei rischi, e promuovendo comportamenti responsabili da parte di dipendenti e collaboratori, i quali nell'ambito delle proprie mansioni e funzioni, partecipano al processo di prevenzione dei rischi, di salvaguardia dell'ambiente e di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro nei confronti di se stessi, dei colleghi e dei terzi.
Le misure generali per la protezione della salute e per la sicurezza dei lavoratori che l'Erogatore _____ si impegna ad adottare sono:

- valutazione dei rischi per la salute e la sicurezza;
- riduzione dei rischi alla fonte;
- programmazione della prevenzione;
- misure igieniche e controllo sanitario dei lavoratori in funzione dei rischi specifici misure di emergenza da attuare in caso di pronto soccorso, di lotta antincendio, di evacuazione dei lavoratori e di pericolo grave ed immediato;
- regolare manutenzione di ambienti, attrezzature, macchine ed impianti;
- informazione, formazione, consultazione e partecipazione dei lavoratori ovvero dei loro rappresentanti, sulle questioni riguardanti la sicurezza e la salute sul luogo di lavoro.

5. PRINCIPI NELLE ATTIVITA' CONTABILI E DI TRATTAMENTO DEI DATI

5.1. REGISTRAZIONI CONTABILI

L'Erogatore _____ osserva le regole di corretta, completa e trasparente contabilizzazione, secondo i criteri indicati dalle disposizioni legislative in materia, ivi incluse quelle penalistiche, civilistiche e fiscali, nonché dai vigenti Principi Contabili definiti dalle apposite Commissioni professionali.
Nell'attività di contabilizzazione dei fatti relativi alla gestione della struttura, i dipendenti e i collaboratori sono tenuti a rispettare scrupolosamente la normativa vigente e le procedure interne in modo che ogni operazione sia, oltre che correttamente registrata, anche autorizzata, verificabile e legittima.
I dipendenti ed i collaboratori sono tenuti ad agire con trasparenza verso la Società incaricata della revisione contabile, i Sindaci e l'Organismo di Vigilanza, a prestare a questi la massima collaborazione nello svolgimento delle rispettive attività di verifica e controllo.
Per ogni operazione è conservata agli atti un'adeguata documentazione di supporto dell'attività svolta, in modo da consentire:

- l'agevole registrazione contabile;
- l'individuazione dei diversi livelli di responsabilità;
- la ricostruzione accurata dell'operazione, anche per ridurre la probabilità di errori interpretativi.

Ciascuna registrazione deve riflettere esattamente ciò che risulta dalla documentazione di supporto. È compito di ogni "Destinatario" far sì che la documentazione sia facilmente rintracciabile e ordinata secondo criteri logici. I "Destinatari" che venissero a conoscenza di omissioni, falsificazioni, trascuratezze della contabilità o della documentazione su cui le registrazioni contabili si fondano, sono tenuti a riferire tempestivamente i fatti al proprio superiore o alla funzione competente, al fine di consentire l'attivazione delle procedure di verifica ad opera degli organismi di controllo.

5.2. TUTELA DELLA PRIVACY

Le attività erogate dalla struttura richiedono costantemente l'acquisizione, la conservazione, il trattamento, la comunicazione e la diffusione, anche attraverso sistemi informatici o telematici, di

notizie, documenti ed altri dati attinenti a negoziazioni, procedimenti amministrativi, operazioni finanziarie, know how (contratti, atti, relazioni, appunti, studi, disegni, fotografie, software), etc.
Le banche-dati dell'Azienda possono contenere, anche su supporti informatici o telematici:

- dati personali protetti dalla normativa a tutela della privacy;
- dati che per accordi negoziali non possono essere resi noti all'esterno;
- dati la cui divulgazione inopportuna o intempestiva potrebbe produrre danni agli interessi aziendali.

Tutte le attività inerenti il trattamento, anche attraverso sistemi informatici o telematici, di dati personali o riservati devono essere gestite nella più stretta osservanza delle disposizioni normative vigenti in materia. È obbligo di ogni "Destinatario" assicurare la riservatezza richiesta dalle circostanze per ciascuna notizia appresa in ragione della propria funzione lavorativa. L'Erogatore _____ si impegna a proteggere le informazioni relative ai propri dipendenti e ai terzi, generate o acquisite all'interno e nelle relazioni d'affari, e ad evitare ogni uso improprio di queste informazioni. Le informazioni, conoscenze e dati acquisiti o elaborati dai "Destinatari" durante il proprio lavoro o attraverso le proprie mansioni appartengono all'Azienda e non possono essere utilizzate, comunicate o divulgate senza specifica autorizzazione del superiore o della funzione competente. Fermo restando il divieto di divulgare notizie attinenti all'organizzazione e ai metodi di produzione dell'impresa o di farne uso in modo da poter recare ad essa pregiudizio, ogni "Destinatario" dovrà:

- acquisire e trattare solo i dati necessari ed opportuni per lo svolgimento delle proprie funzioni;
- acquisire e trattare i dati stessi solo all'interno di specifiche procedure;
- conservare i dati stessi in modo che venga impedito che altri non autorizzati ne prendano conoscenza;
- comunicare i dati stessi nell'ambito di procedure prefissate e/o su esplicita autorizzazione delle posizioni superiori e/o funzioni competenti e comunque, in ogni caso, dopo essersi assicurato circa la divulgabilità nel caso specifico dei dati;
- assicurarsi che non sussistano vincoli assoluti o relativi alla divulgabilità delle informazioni riguardanti i terzi collegati all'Azienda da un rapporto di qualsiasi natura e, se del caso, ottenere il loro consenso;
- associare i dati stessi con modalità tali che qualsiasi soggetto autorizzato ad avervi accesso possa agevolmente trarne un quadro il più possibile preciso, esauriente e veritiero.

Con riferimento al rapporto con gli utenti si rinvia al paragrafo 3.2.

6. POLITICHE DEL PERSONALE

6.1. RAPPORTI CON LE RISORSE UMANE

L'Erogatore _____ riconosce un ruolo centrale allo sviluppo delle risorse umane, al rispetto della loro autonomia e all'importanza della loro partecipazione al perseguimento della *mission* aziendale. L'Erogatore _____ ribadisce il proprio impegno a combattere qualunque tipo di discriminazione sul luogo di lavoro a causa del sesso, della nazionalità, della religione, delle opinioni politiche, sindacali e personali, delle condizione economiche. I dipendenti che ritengano di aver subito discriminazioni possono riferire l'accaduto alla funzione del Personale e/o al proprio responsabile che procederà a verificare l'effettiva violazione del Codice Etico. La struttura ribadisce l'impegno a preservare l'integrità morale e fisica dei propri dipendenti, medici, collaboratori e consulenti.

6.2. MOLESTIE SUL LUOGO DI LAVORO

La struttura esige che nelle relazioni di lavoro interne ed esterne non venga dato luogo a molestie, intendendo come tali:

- la creazione di un ambiente di lavoro intimidatorio, ostile o di isolamento nei confronti di singoli o gruppi di lavoratori;
- la ingiustificata interferenza con l'esecuzione di prestazioni lavorative altrui;
- l'ostacolo a prospettive di lavoro individuali altrui per meri motivi di competitività personale.

L'Azienda previene, per quanto possibile, e comunque perseguita il mobbing e le molestie personali di ogni tipo e quindi anche sessuali.

6.3. ABUSO DI SOSTANZE ALCOLICHE O STUPEFACENTI

La struttura richiede che ciascun "Destinatario" contribuisca personalmente a mantenere l'ambiente di lavoro rispettoso della sensibilità degli altri. Nel corso dell'attività lavorativa e nei luoghi di lavoro è fatto divieto assoluto, e sarà pertanto considerata consapevole assunzione del rischio di pregiudizio di tali caratteristiche ambientali:

- prestare servizio sotto gli effetti di abuso di sostanze alcoliche, di sostanze stupefacenti o di sostanze di analogo effetto;
- consumare o cedere a qualsiasi titolo sostanze stupefacenti nel corso della prestazione lavorativa.

L'Azienda si impegna a favorire le azioni sociali previste in materia dalla legislazione vigente.

6.4. FUMO

Nel rispetto della vigente normativa è vietato fumare nei luoghi di lavoro.

6.5. UTILIZZO DI BENI AZIENDALI

E' compito di ogni dipendente custodire con cura e rispetto i beni aziendali evitando usi impropri dei beni di cui dispone per ragioni d'ufficio. Non è ammesso l'uso difforme dei beni e delle risorse di proprietà dell'azienda e fornite in dotazione al personale e ai collaboratori in ragione dei doveri dei propri uffici.

7. VERIFICHE

7.1. CONTROLLI INTERNI

I "Destinatari" devono essere consapevoli che è stato adottato/è in corso di adozione un Regolamento di Organizzazione, Gestione e Controllo articolato in molteplici, specifiche e codificate procedure, sistematicamente e costantemente aggiornate al fine di assicurarne la conformità alla vigente legislazione e la piena efficacia, e coscienti del contributo e della rilevanza che questo modello organizzativo gestionale e di controllo assicura al raggiungimento degli obiettivi aziendali strategici e operativi e dell'efficienza.

Per controlli interni si intendono tutti gli strumenti necessari o utili a indirizzare, gestire e verificare le attività della struttura in tutte le sue articolazioni con l'obiettivo primario di assicurare il rispetto delle leggi e dei provvedimenti regionali, proteggere i beni aziendali, erogare efficientemente le attività sanitarie e fornire dati contabili e finanziari accurati e completi.

In questo quadro, alla luce della vigente normativa in materia, detto modello dovrà, altresì, garantire la Società dal rischio di incorrere nella "*responsabilità amministrativa da reato*" e nelle sanzioni conseguenti, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 231/2001 e s.m.i.

La responsabilità di creare un sistema di controllo interno efficace è comune ad ogni livello operativo. Conseguentemente tutti i "Destinatari", nell'ambito delle funzioni svolte, sono responsabili della definizione, attuazione e corretto funzionamento dei controlli inerenti le aree operative loro affidate. Nell'ambito delle loro competenze, i responsabili di funzione sono tenuti a essere partecipi del sistema di controllo aziendale e a farne partecipi i loro collaboratori. Ogni

operazione e transazione deve essere correttamente registrata, autorizzata, verificabile, legittima, coerente e congrua.

7.2. REGISTRAZIONE DELLE OPERAZIONI

Tutte le prestazioni dell'Erogatore _____ devono avere una registrazione adeguata, al fine di assicurare un'efficace e concreta tracciabilità delle stesse, e deve essere possibile la verifica del processo di decisione, autorizzazione e di svolgimento.
Per ogni operazione vi deve essere un adeguato supporto documentale al fine di poter procedere, in ogni momento, all'effettuazione di controlli che attestino le caratteristiche e le motivazioni dell'operazione ed individuino chi ha autorizzato, effettuato, registrato, verificato l'operazione stessa.

7.3. SEGNALAZIONI E OBBLIGO DI COMUNICAZIONE ALL'AMMINISTRAZIONE DELLA STRUTTURA, OVVERO ALL'ODV

Tutti i Destinatari del Codice sono tenuti a segnalare tempestivamente all'ODV e, ove ancora non costituito, all'Amministrazione dell'Erogatore _____ ogni comportamento contrario a quanto previsto dal codice stesso, dal Modello organizzativo di prevenzione dei reati, dalle norme di legge nazionali e regionali e dalle procedure interne. La struttura si è adoperata al fine di attivare canali di comunicazione dedicati (es. casella di posta elettronica dedicata presso cui inviare le eventuali segnalazioni in ordine al mancato rispetto dei dettami di cui al presente Codice). I segnalanti saranno garantiti contro qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione; sarà inoltre garantita la riservatezza dell'identità del segnalante fatti salvi gli obblighi di legge e la tutela dei diritti della società o delle persone accusate erroneamente e/o in malafede.

8. CONSEGUENZE DELLA VIOLAZIONE DEL DISPOSTO DEL CODICE ETICO

8.1. ORGANISMO DI VIGILANZA

La struttura gestita da _____ ha costituito al proprio interno/si è impegnata a costituire, ai sensi del decreto legislativo 231/2001 e s.m.i., un Organismo di Vigilanza a carattere collegiale composto da tre membri, (Presidente, Vice Presidente e componente interno, di cui i primi due esterni all'organigramma societario), contraddistinto dai requisiti dell'autonomia ed indipendenza, e conseguentemente dotato di autonomi ed effettivi poteri di iniziativa, di ispezione e di controllo, e con riferimento al quale è stato elaborato e adottato/è in corso di adozione un apposito "Regolamento interno per il funzionamento", periodicamente aggiornato al fine di assicurarne attualità, efficienza ed efficacia operativa.
L'organismo di vigilanza dovrà:

- vigilare, tra l'altro, sull'osservanza del Codice Etico, nonché sul rispetto del Regolamento di Organizzazione, Gestione e Controllo, segnalando tempestivamente, al Consiglio di Amministrazione, le eventuali violazioni degli stessi;
- garantire la massima diffusione del Codice Etico e del Regolamento di Organizzazione, Gestione e Controllo, mediante un adeguato piano di informazione e sensibilizzazione volto a favorire la conoscenza dei principi e delle regole ivi contenuti;
- assicurare l'aggiornamento costante del Codice Etico e del Regolamento di Organizzazione, Gestione e Controllo, in relazione alla loro concreta efficacia ed al mutamento delle esigenze aziendali e della normativa vigente;
- svolgere verifiche, anche preventive, in ordine ad ogni notizia di violazione delle norme del Codice Etico e del Regolamento di Organizzazione, Gestione e Controllo, valutando i fatti ed assumendo - in caso di accertata violazione - adeguate misure sanzionatorie;

- garantire da possibili ritorsioni di qualunque genere derivanti dall'aver fornito notizie di possibili violazioni del Codice Etico e del Regolamento di Organizzazione, Gestione e Controllo.

Le informazioni e le segnalazioni acquisite dall'Organismo di Vigilanza e dalle strutture dallo stesso utilizzate, sono considerate riservate e non possono essere divulgate salvo i casi previsti dalla normativa vigente. Per lo svolgimento delle attività operative, l'Organismo di Vigilanza si avvarrà della collaborazione della funzione di Internal Auditing.

8.2. DIFFUSIONE CODICE ETICO

In ogni caso l'Erogatore _____ si impegna a comunicare a tutti i soggetti Destinatari del presente codice i valori ed i principi ivi contenuti, a garantirne la diffusione interna ed esterna, mediante:

- la distribuzione a tutti i componenti degli Organi Sociali, ai medici, ai collaboratori e ai dipendenti;
- l'affissione in un luogo accessibile e la pubblicazione sul sito internet aziendale;
- la messa a disposizione ai terzi destinatari ed a qualunque altro interlocutore sul sito web aziendale della società. Tutto il personale medico e dipendente, gli amministratori, i sindaci, i revisori, i consulenti e i principali fornitori devono prendere visione del Codice e impegnarsi a seguire le prescrizioni e le regole in esso contenute.

In aggiunta, l'OdV organizza periodiche iniziative di formazione sui principi previsti dal Codice stesso.

8.3. CONSEGUENZE DELLA VIOLAZIONE DEL CODICE PER I DIPENDENTI

Il mancato rispetto e/o la violazione delle regole di comportamento imposte dal Codice Etico e delle procedure aziendali, ad opera di lavoratori dipendenti della Società costituisce inadempimento alle obbligazioni derivanti dal rapporto di lavoro ed illecito disciplinare. Con riferimento alle sanzioni irrogabili, si precisa che esse saranno applicate nel rispetto di quanto previsto dal sistema disciplinare attualmente vigente applicabile alle diverse categorie professionali di _____ (erogatore) e che l'adozione delle stesse dovrà avvenire con il rispetto delle previsioni sancite nella richiamata normativa. Tali sanzioni saranno applicate sulla base delle rilevanze che assumono le singole fattispecie considerate e verranno proporzionate in base alla loro gravità. La gestione dei procedimenti disciplinari e l'irrogazione delle sanzioni restano di competenza delle funzioni aziendali a ciò preposte e delegate.

8.4. CONSEGUENZE DELLA VIOLAZIONE DEL CODICE PER I DIRIGENTI, GLI AMMINISTRATORI ED I SINDACI

In caso di violazione, da parte di dirigenti, delle procedure interne e del Codice etico, il Presidente o, in caso di conflitto di interesse o nei casi più gravi, il Consiglio di Amministrazione, valuterà i fatti e i comportamenti e assumerà le opportune iniziative nei confronti dei responsabili tenuto presente, che tali violazioni costituiscono inadempimento delle obbligazioni derivanti dal rapporto di lavoro. In caso di violazione del Codice Etico da parte degli Amministratori e dei Sindaci, l'Organismo di Vigilanza informerà l'intero Consiglio di Amministrazione ed il Collegio Sindacale della stessa i quali provvederanno ad assumere le opportune iniziative ai sensi di legge. Nei casi più gravi potrà essere informata l'assemblea dei soci.

8.5. CONSEGUENZE DELLA VIOLAZIONE DEL CODICE PER I COLLABORATORI, I CONSULENTI E ALTRI TERZI

Ogni comportamento posto in essere dai collaboratori, dai consulenti o da altri terzi collegati all'Erogatore _____ da un rapporto contrattuale non di lavoro dipendente, in violazione delle previsioni del Codice Etico, potrà determinare, secondo quanto previsto dalle specifiche clausole inserite nelle lettere di incarico, la risoluzione del rapporto contrattuale, fatta salva l'eventuale richiesta di risarcimento qualora da tale comportamento derivino danni, anche indipendentemente dalla risoluzione del rapporto contrattuale.

Il codice etico comportamentale deve essere deliberato dal legale rappresentante/ dal Direttore Generale e, all'esito dell'adozione del modello di organizzazione ex D. Lgs. 231/2001, diviene parte integrante del modello operativo dell'Azienda. Resta in ogni caso ferma la necessità per l'Azienda di organizzarsi e verificare il complesso delle proprie attività, in modo tale che i destinatari del codice non commettano reati o illeciti – opportunamente e previamente determinati e/o individuati – che contrastino con l'interesse pubblico, screditando l'immagine dell'Azienda.