Accordo/Contratto *ex art. 8 quinquies* D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. – anni 2025-2026

***ex* DGR n. 695/2022 e s.m.i.**

CIG _____

Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.**tra**

ASL _____ C.F. e P.I. _____ con sede in _____, Via _____ n. __, in persona del suo legale rappresentante *p.t.*, oppure di suo incaricato (come da relativo atto di attribuzione dei poteri agli atti dell'ASL), posta elettronica certificata _____ (di seguito, per brevità "ASL")

e

Società/Ente morale _____ (denominazione e ragione sociale), C.F. _____, P.I. _____ con sede in _____ via _____, in persona del suo legale rappresentante *p.t.*, oppure di suo incaricato (come da relativo atto di attribuzione dei poteri agli atti dell'ASL), che gestisce **la struttura** _____ (nome specifico struttura), codice NSIS _____ codice SIAS _____, **posta elettronica certificata**, _____ **accreditata** con i seguenti provvedimenti amministrativi

_____ (di seguito per brevità "la struttura")

Premesso che

- l'art. 8-*quater*, comma 2, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., prevede espressamente 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 all'art. 8 quinquies"*;

- l'art. 8-*quater*, comma 8, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. dispone che *"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'articolo 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. In caso di superamento di tale limite, ed in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'articolo 13, si procede, con le modalità di cui all'articolo 28, comma 9 e seguenti, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso, in misura proporzionale al concorso a tale superamento apportato dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture private non lucrative e dalle strutture private lucrative."*

- l'art. 8-*quinquies*, comma 2, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. disciplina 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:

“b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell’ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza...omissis...”;

d) 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...omissis;

e bis) 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), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell’equilibrio economico finanziario programmato...omissis...”;

- l’art. 8-*quinquies*, comma 2 *quinquies*, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., che prevede espressamente che: *“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”;*

- l’art. 8-*sexies* comma 1, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. dispone che *“omissis...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.”*

- l’art. 8-*octies* del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. demanda alle Regioni il compito, tra l’altro, di individuare i criteri per la verifica dell’appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri effettuati nonché delle forme e delle modalità di erogazione dell’assistenza;

- con Legge n. 118/2022 e successivo DM attuativo 19/12/2022 sono state introdotte alcune modifiche, tra l’altro, agli artt. 8 *quater* e 8 *quinquies* del citato D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;

- la L.R. 3 marzo 2003, n. 4 e s.m.i. e la normativa regolamentare, che disciplinano il procedimento di rilascio dell’autorizzazione alla realizzazione di strutture, dell’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, del titolo di accreditamento istituzionale e gli accordi contrattuali che, sulla scorta dell’art. 18 della legge regionale citata, *“regolano, secondo la disciplina determinata dalla Giunta regionale ai sensi dell’articolo 19, la tipologia, la quantità e le caratteristiche delle prestazioni erogabili agli utenti del servizio sanitario regionale, la relativa remunerazione a carico del servizio sanitario medesimo, nell’ambito dei livelli di spesa determinati in coerenza con le scelte della programmazione regionale, il*

debito informativo dei soggetti erogatori nonché le modalità per il controllo esterno sull'appropriatezza e la qualità dell'assistenza e delle prestazioni erogate";

- con le DGR n. 66/2007 e n. 149/2007, la Regione Lazio ha approvato il Piano di Rientro dando organica sistemazione a tutti gli obiettivi e le misure amministrative propedeutiche al conseguimento del programmato risanamento finanziario e prendendo atto del relativo Accordo Stato-Regione Lazio;

- con la DGR n. 406/2020 la Regione ha proceduto alla *“Presenza d'atto e recepimento del Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021”, adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020”*;

- il Decreto-Legge del 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modifiche dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135 (cd. spending review), come modificato dalla L. 208/2015, ha stabilito all'art. 15, comma 14, che *“Ai contratti e agli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014. A decorrere dall'anno 2016, in considerazione del processo di riorganizzazione del settore ospedaliero privato accreditato in attuazione di quanto previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza ricomprese negli accordi per la compensazione della mobilità interregionale di cui all'articolo 9 del Patto per la salute sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano con intesa del 10 luglio 2014 (atto rep. 82/CSR), e negli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del Patto per la salute sancito con intesa del 3 dicembre 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010, in deroga ai limiti previsti dal primo periodo. [...]”* e s.m.i.;

- 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, pure al fine di elevare standard di qualità e trasparenza;

- il DCA n. 218/2017 ha introdotto modifiche al DCA n. 40/2012, in materia di controlli sulle

prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, disciplinando, tra l'altro, i controlli sulle attività di specialistica ambulatoriale e, successivamente, è stato modificato dal DCA n. 509/2018 e s.m.i., con riferimento, in particolare, agli esiti dei controlli e alla risoluzione delle discordanze;

- con i DCA n. 231/2018 e 513/2018, nonché con il DCA n. U00152 del 30 aprile 2019, avente ad oggetto: <<Recepimento del "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021">> e con il DCA n. U00302 del 25 luglio 2019, avente ad oggetto: "Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021", sono stati previsti, tra l'altro, termini precisi per l'implementazione delle Agende Digitali e per il collegamento con il ReCup;

- i DCA n. 231/2018 e n. 513/2018 e s.m.i. hanno previsto termini precisi per l'implementazione delle Agende Digitali e il collegamento con il ReCup, poi aggiornati in relazione al passaggio delle Aziende del SSR sulla nuova piattaforma tecnologica Recup;

- con la Deliberazione 30 dicembre 2020, n. 1052, a modifica e integrazione del DCA n. 35 del 14 febbraio 2020, si è provveduto alla "Attuazione disposizioni di cui al Decreto del Ministero dell'Economia e dell'Finanze del 7 dicembre 2018 così come modificato e integrato dal Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 27 dicembre 2019 - Nodo di Smistamento degli Ordini (NSO)";

- con DGR n. 310 del 20/06/2023, all'esito del procedimento partecipativo avviato con nota prot. 445239 del 21 aprile 2023, è stato approvato lo schema di *Addendum*, che ha regolamentato il corrispettivo contrattuale per l'anno 2023 e ha modificato parzialmente la Disciplina giuridica del contratto di budget ex art. 8 *quinquies* D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. avente efficacia per il triennio 2022-2024, di cui alla DGR n. 695/2022, con riferimento agli artt. 1, 8 e 15, in materia di Agende digitali/ReCup e di ricetta elettronica dematerializzata, al fine di assicurare l'attuazione, in tempi certi, degli adempimenti già previsti contrattualmente, con l'intento di garantire l'erogazione delle "prestazioni critiche" attraverso la prenotazione sul ReCup a tutti gli aventi diritto, nel rispetto degli obiettivi LEA;

- con la suddetta DGR n. 310/2023 è stato, altresì, confermato, con riferimento a tutti i contratti in ambito sanitario, l'aggiornamento del testo della Disciplina Uniforme di cui al DCA n. 247/2019, allegata al presente *Addendum sub All. A*, quale parte integrante e sostanziale dello stesso, così come modificato dalla sopracitata DGR n. 153/2023;

- con DGR n. 868 del 7 dicembre 2023, recante "Revisione del processo di rendicontazione e fatturazione delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSR dalle strutture private accreditate", la Regione ha, tra l'altro, approvato, a far data dal 1° gennaio 2024, il nuovo processo di rendicontazione e fatturazione, con riferimento alle prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSR dalle strutture private accreditate, meglio dettagliato nell'Allegato tecnico alla suddetta Deliberazione, che forma parte integrante e sostanziale del presente contratto (**All. A**);

- con la DGR n. 869 del 07 dicembre 2023 è stato adottato il documento di Programmazione della Rete ospedaliera 2024-2026, definendo, tra l'altro, il fabbisogno di posti letto di Area medica con l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa in Pronto Soccorso;
- con la DGR n. 974 del 28 dicembre 2023, sono state recepite le tariffe del DM 23/06/2023 (pubblicato sulla GURI in data 04 agosto 2023), per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica erogabili a carico del SSN;
- Determinazione G00226 del 12 gennaio 2024, avente ad oggetto "*Approvazione del Catalogo Unico Regionale delle prestazioni specialistiche prescrivibili in attuazione del "Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale" approvato con DGR n. 974 del 28 dicembre 2023 Aggiornamento dei codici delle prestazioni erogabili all'interno dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC), Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) e dei Pacchetti ambulatoriali*";
- con DM di dicembre 2024 è stato modificato il DM 23/06/2023, avente ad oggetto il nuovo Nomenclatore tariffario nazionale a far data dal 30 dicembre 2024 e, pertanto, le tariffe del Nuovo Catalogo Unico Regionale sono quelle di cui ai provvedimenti regionali *ratione temporis* vigenti;
- con la DGR n. 976 del 28 dicembre 2023 la Regione ha proceduto all'adozione "*Piano di programmazione dell'Assistenza territoriale 2024 – 2026*";
- con DGR n. 665/2024 la Regione ha parzialmente modificato il DCA n. 509/2018 in materia di controlli sulle prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR, approvando, tra l'altro, l'Allegato 1 in sostituzione integrale dell'Allegato A del citato DCA, nonché l'Allegato 2 ad integrazione dell'Allegato B del medesimo citato DCA;
- con DGR n. 939/2024, la Regione ha adottato il "*Programma Operativo 2024-2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio*", recependo il parere dei Ministeri affiancanti di cui al prot. SiVeAS 115/2024;
- con DGR n. 1130 del 19 dicembre 2024 è stato approvato, con validità a far data dal 1 gennaio 2025, il documento tecnico denominato: "*Assistenza specialistica ambulatoriale nel Lazio: stima del fabbisogno. Rapporto tecnico*", elaborato dal Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale (DEP) - Regione Lazio;
- DGR n. 1114 del 19 dicembre 2024 è stato approvato il documento denominato "*Registro Regionale Dialisi e Trapianto Lazio Rapporto annuale RRDTL – Rapporto tecnico anno 2024*";
- ai fini dell'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie, è recentemente intervenuto il d.l. 07 giugno 2024, n. 73, recante "*Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*", convertito con modificazioni dalla Legge 29 luglio 2024, n. 107;

- con specifici provvedimenti amministrativi sono stati assegnati i livelli massimi di finanziamento per l'acquisto delle prestazioni di assistenza ospedaliera, specialistica e territoriale da privato accreditato per l'anno 2025;

- la ASL sottoscrive il presente accordo/contratto nell'ottica del raggiungimento degli obiettivi di programmazione e di organizzazione del Sistema per il soddisfacimento dei fabbisogni assistenziali, nel rispetto dei principi di qualità, sicurezza e appropriatezza delle cure, nonché in attuazione delle disposizioni approvate con i DCA n. 324/2015, n. 555/2015, n. 249/2017 e n. 243/2019, con le DGR n. 695/2022, n. 310/2023, n. 977/2023, n. 126/2024 e con la DGR n. _____ 2024, che ha, tra l'altro, aggiornato anche il regolamento denominato "*Disciplina uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS Pubblici, dell'Azienda ARES 118 e della Fondazione Policlinico Tor Vergata*", di cui al DCA n. 32/2017 e al DCA n. 247/2019, successivamente modificato con la DGR n. 310/2023, anche in ragione dell'entrata in vigore del nuovo Codice dei Contratti pubblici di cui al D. Lgs. n. 36/2023, modificando il comma 12 dell'art. 7 della stessa, in coerenza con quanto previsto all'art. 14 del contratto di budget ex art. 8 *quinquies* del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., allegato al presente contratto e parte integrante e sostanziale dello stesso (**All. B**);

TUTTO QUANTO SOPRA PREMESSO, la Società/Ente morale/struttura e l'Azienda Sanitaria (di seguito definite anche le "**Parti**") convengono e stipulano quanto segue.

Art. 1 - Premesse, allegati e definizioni

1. Le premesse e gli allegati formano parte integrante ed essenziale del presente accordo/contratto.
2. Salvo quanto diversamente indicato nell'accordo/contratto, le definizioni qui riportate e utilizzate con lettera maiuscola o minuscola, al singolare o al plurale, con testo *normale* o *grassetto* avranno il seguente significato:
 - a) per "**Parte pubblica**" si intende il Servizio Sanitario Regionale unitariamente inteso, che stabilisce l'ambito dell'accordo e la relativa disciplina e ripartisce i poteri e i doveri scaturenti dal presente accordo/contratto a carico di Regione Lazio e/o delle Aziende Sanitarie competenti, secondo la ripartizione prevista dalla normativa nazionale e regionale vigente;
 - b) per "**struttura**" si intende il soggetto giuridico assoggettato all'obbligo di autorizzazione per l'esercizio di attività sanitaria nonché all'obbligo di accreditamento per l'erogazione di prestazioni sanitarie in favore di terzi beneficiari in nome e per conto e con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR);
 - c) per "**Società/Ente morale**" si intende qualunque impresa, o ramo di essa, associazione, ente o gruppo di imprese, nelle forme contrattuali ammesse dall'ordinamento, che gestisce una o più strutture di cui al punto precedente;

- d) per “**terzi beneficiari**” si intendono i cittadini che ricevono la prestazione in virtù del presente accordo/contratto e, quindi, con pagamento in favore della struttura ma con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR);
- e) per “**prestazioni intra-regionali**” si intendono quelle rese nei confronti dei soggetti iscritti al Servizio Sanitario della Regione Lazio;
- f) per “**prestazioni extra-regionali**” si intendono quelle rese nei confronti dei soggetti iscritti al Servizio Sanitario di altre regioni;
- g) per “**tariffe**” si intende la remunerazione riconosciuta per le singole prestazioni sanitarie dalla normativa regionale vigente *ratione temporis* all’atto della stipula dell’accordo/contratto, o comunque, in via residuale, dalla normativa nazionale (che rappresenta per le regioni in Piano di rientro un importo massimo non superabile) vigente all’atto della stipula dell’accordo/contratto;
- h) per “**funzioni assistenziali**” si intendono i maggiori costi connessi alle attività di cui all’art. 8-*sexies*, comma 2, D. Lgs. 502/92 e s.m.i. “*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*”;
- i) per “**funzioni di Didattica e Ricerca**”, si intendono i maggiori costi connessi alle attività di cui all’art. 7, comma 2, del D. Lgs. 517/99 e s.m.i.;
- j) per “**budget**” si intende il livello massimo di finanziamento previsto nell’accordo/contratto sottoscritto con la struttura per cui vi è copertura nel bilancio di previsione di Parte pubblica e che rappresenta il tetto massimo invalicabile da parte della struttura, quale remunerazione per l’erogazione delle prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR;
- k) per “**regolamento**” si intende l’atto con il quale la Regione disciplina le modalità di fatturazione e di pagamento dei Crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari pubblici, l’IRCCS pubblici e l’Azienda Ares 118, che definisce, tra l’altro, le condizioni, i termini e le modalità di fatturazione e pagamento dei crediti derivanti da fatture emesse dai soggetti che intrattengono rapporti con le Aziende del SSR e prevede l’utilizzo di un apposito sistema informatico denominato Sistema Pagamenti del SSR; detto regolamento, denominato “*Disciplina Uniforme delle modalità di fatturazione e pagamento*”, è allegato al presente accordo/contratto e forma parte integrante dello stesso (cfr. **allegato B**);
- l) per “**Prestazioni di assistenza specialistica erogate in regime di emergenza/urgenza per accessi non seguiti da ricovero**” si intendono gli accessi al pronto soccorso, al netto di quelli per *i*) paziente ricoverato in reparto di degenza (cod. 2), *ii*) paziente che non risponde a chiamata (cod. 6);

- m) per “ente incaricato del pagamento del corrispettivo, anche ai sensi dell’art. 1 comma 10 del D.L. n. 324/1993, convertito dalla L. 27 ottobre 1993, n. 423, si intende l’Azienda Sanitaria territorialmente competente, che si avvale di LazioCrea, ai sensi dei DCA n. 289/2017, n. 504/2017, n. 307/2018 e dalla DGR n. 799/2020, attraverso l’utilizzo del Sistema Pagamenti, secondo le disposizioni del regolamento;
- n) per “integrazione al sistema regionale” si intende l’integrazione tra il sistema della struttura privata accreditata e la piattaforma ReCup, secondo le nuove specifiche richieste dall’Amministrazione con nota prot. 446566 del 24/04/2023 e s.m.i.;
- o) per “utilizzo della Piattaforma ReCup” si intende l’utilizzo della Piattaforma tecnologica ReCUP per la gestione di tutta l’offerta della specialistica ambulatoriale erogata dalla struttura privata accreditata.

Art. 2. - Identificazione della struttura

1. La Società/Ente morale _____ è titolare di autorizzazione all’esercizio e di accreditamento istituzionale, quest’ultimo rilasciato dalla Regione Lazio con provvedimento n. _____ del _____ relativamente alla struttura sita in _____, Via _____ (indicare la sede operativa)

Art. 3 - Requisiti oggettivi e soggettivi

1. I requisiti oggettivi richiesti sono l’autorizzazione e l’accreditamento di cui al precedente art. 2, che devono essere posseduti all’atto della firma del presente accordo/contratto e per tutta la durata del rapporto. Il venir meno di uno di essi, in modo definitivo, rappresenta mancanza di presupposto essenziale e determina automaticamente la risoluzione del presente accordo/contratto, come disposto al successivo art. 15.

2. I requisiti soggettivi richiesti in capo al soggetto titolare della Società e/o della struttura devono essere comprovati attraverso la consegna alla ASL della relativa autocertificazione resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. (compilata sul **Modello 1**, allegato al presente contratto e parte integrante dello stesso), con la quale si attesti:

- a) l’iscrizione alla CCIAA per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese; l’iscrizione al R.E.A. per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese (Fondazioni ed Enti morali);
- b) che non si trovano in stato di fallimento e/o di liquidazione coatta, salvi i casi in cui sia in corso un procedimento giudiziario per il risanamento e la prosecuzione dell’attività d’impresa;
- c) che nei confronti del legale rappresentante, dei componenti del Consiglio di Amministrazione e dei soggetti con poteri di gestione non sussistono cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all’art. 67 del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i.;
- d) per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese (vedi anche **Modello 2**):

d.1) qualora i contratti non superino il valore indicato all'art. 83, lettera e), del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. (attualmente pari a € 150.000,00), la dichiarazione di cui alla lett. c) del presente articolo dovrà riguardare tutti i soggetti di cui all'art. 85, comma 1) e 2) del medesimo D. Lgs. n. 159/2011;

d.2) qualora i contratti superino il valore indicato all'art. 83, lettera e), del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. (attualmente pari a € 150.000,00), deve essere acquisita la documentazione antimafia, ai sensi degli artt. 84 e 85 del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i.; 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;

e) che nei confronti del titolare o imprenditore o della compagine sociale non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;

f) che nei confronti del titolare o imprenditore o della compagine sociale non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per reati gravi che incidono sulla moralità professionale, per reati nei rapporti con la pubblica amministrazione di cui al D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i., per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio; l'esclusione e il divieto in ogni caso non operano quando il reato è stato depenalizzato ovvero quando è intervenuta la riabilitazione ovvero quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna ovvero in caso di revoca della condanna medesima;

g) 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 e s.m.i.;

h) l'ottemperanza al modello organizzativo di cui al D.Lgs. n. 231/2001 e s.m.i., in materia di prevenzione dei reati, ovvero, l'avvenuta adozione del modello organizzativo di cui al citato D.Lgs. n. 231/2001;

i) l'insussistenza di situazioni di incompatibilità, anche, ai sensi dell'art. 53, comma 16 ter, del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. nonché ai sensi dell'art. 4, comma 7, L. n. 412/1991 da parte di ciascun socio persona fisica che, in ultima istanza, possieda le quote o le azioni;

j) l'ottemperanza alla 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 e s.m.i., nonché l'impegno al costante aggiornamento della suddetta valutazione;

k) l'osservanza, senza riserve, dell'obbligo previsto dall'art. 9, comma 1-bis, L.R. Lazio n. 4/2003 e s.m.i. e di cui all'art. 14 del R.R. n. 20/2019, nel caso di cessione/trasferimento d'azienda o ramo d'azienda, ai fini della voltura dei titoli di autorizzazione e di accreditamento, assumendo in via diretta

– mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata -, sia nei confronti dell’Azienda Sanitaria Locale che della Regione Lazio, eventuali debiti maturati dal cedente e derivanti dai controlli ai sensi dell’art. 8-*octies* del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. o da provvedimenti di condanna per responsabilità amministrativa o contabile e correlati all’esercizio della funzione sanitaria;

l) la piena interoperabilità del proprio centro di prenotazione con il sistema regionale (piattaforma ReCup) *ex art.* 3 del D.L. n. 73/2024, come convertito con modifiche dalla Legge n.107/2024, pena la nullità del presente contratto;

m) di aver aderito e di utilizzare il sistema GIPSE *Web on line*, per l’efficientamento delle prestazioni di emergenza-urgenza.

3. Resta inteso che, oltre ai requisiti soggettivi di cui sopra, i titolari della Società e/o della struttura non dovranno risultare inadempienti agli obblighi contributivi e assistenziali - ivi compresi quelli nei confronti dell’ENPAM - e non dovranno trovarsi in situazioni di decadenza, sospensione e/o di divieto di cui alla normativa antimafia. Costituiscono gravi violazioni quelle che comportano un omesso pagamento di imposte e tasse superiore all’importo di cui all’articolo 48-bis, commi 1 e 2-bis, del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 602. Costituiscono violazioni definitivamente accertate quelle contenute in sentenze o atti amministrativi non più soggetti ad impugnazione. Costituiscono gravi violazioni in materia contributiva e previdenziale quelle ostantive al rilascio del documento unico di regolarità contributiva (DURC), di cui all’articolo 8 del decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 30 gennaio 2015, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 125 del 1 giugno 2015, ovvero delle certificazioni rilasciate dagli enti previdenziali di riferimento non aderenti al sistema dello sportello unico previdenziale.

4. La Società e/o la struttura attestano il possesso dei requisiti mediante dichiarazione sostitutiva, in conformità alle previsioni del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., nella quale indica tutte le condanne penali riportate, ivi comprese quelle per le quali abbia beneficiato della non menzione. La Società e/o la struttura non sono tenute ad indicare nella dichiarazione le condanne per reati depenalizzati ovvero dichiarati estinti dopo la condanna stessa, nè le condanne revocate, nè quelle per le quali è intervenuta la riabilitazione. La Società e/o la struttura è tenuta ad inserire sul Sistema Informatico la citata dichiarazione (compilata sul **Modello 1**, allegato al presente contratto e parte integrante dello stesso), unitamente all’ultimo bilancio d’esercizio approvato, corredato dei relativi documenti contabili. In ogni caso, la struttura trasmette annualmente alla ASL - e per conoscenza alla Regione - il proprio bilancio di esercizio, redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici, ai sensi del D.M. n. 70 del 2 aprile 2015, entro 15 giorni dall’approvazione dello stesso ovvero dal deposito in camera CCIAA, ove previsto.

5. La Società e/o la struttura sono tenute al rispetto degli oneri pubblicitari obbligatori di cui all’art. 2 *bis*, comma 3, secondo periodo, del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., pubblicando sul proprio sito *web* una serie di documenti, tra i quali, i bilanci di esercizio, in ossequio al principio di trasparenza, come da indicazioni ANAC di cui alla Delibera n. 231/2024.

6. Nelle more dell'effettuazione delle verifiche e dei controlli di legge da parte della ASL, anche per l'acquisizione presso gli enti competenti della documentazione attestante il possesso dei requisiti soggettivi in capo alla struttura (documentazione antimafia di cui agli artt. 82 e ss. del D.Lgs. n. 159/2011 e s.m.i.; DURC di cui all'art. 31 del D.L. n. 69/2013, convertito dalla L. n. 98/2013 e s.m.i.; Certificato CCIAA o Iscrizione al REA; Casellario giudiziale), il presente contratto può essere sottoscritto sotto condizione risolutiva espressa; in tal caso, si applica il successivo art. 15, comma 4.

7. Su richiesta della ASL la struttura fornirà ogni ulteriore eventuale documento che non sia già detenuto dall'amministrazione, comprovante il possesso dei requisiti predetti e il loro mantenimento per tutta la durata del presente accordo/contratto.

8. Resta inteso che, qualora, a seguito delle verifiche, dovesse emergere il mancato possesso di uno o più requisiti di cui al precedente comma 2, si procederà ai sensi e secondo quanto disposto al successivo art. 15.

9. La struttura si impegna, anche nel rispetto della lealtà e correttezza richiesta ad un concessionario di servizio pubblico, a comunicare, entro 30 (trenta) giorni dal verificarsi del fatto o dell'atto, oltre a quanto previsto dal regolamento regionale di attuazione della L.R. 4/2003 e s.m.i., ogni variazione soggettiva dovesse intervenire in capo alla stessa.

10. Per quanto riguarda i requisiti di cui agli artt. 87 e ss. del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i., all'art. 31 del D.L. n. 69/2013, convertito dalla L. n. 98/2013 e s.m.i. e all'art. 48-*bis* del D.P.R. n. 602/1973, la ASL si impegna a conseguire periodicamente i relativi certificati presso gli Uffici competenti ai fini delle necessarie verifiche ai sensi di legge.

Art. 4 - Comportamento secondo buona fede

1. Entrambe le parti, per la propria veste pubblica la prima, e per la propria veste di concessionario pubblico di servizio essenziale la seconda, si impegnano a tenere, quale elemento essenziale dell'accordo/contratto valutabile anche ai fini dell'applicazione del successivo art. 15, un comportamento diligente e improntato ai principi di buona fede e correttezza, lealtà e trasparenza.

2. Il mancato rispetto delle disposizioni e degli obblighi di cui al presente contratto sarà valutato dall'Amministrazione ai fini dell'assegnazione dei finanziamenti per l'anno 2026.

Art. 5 - Prestazioni oggetto dell'accordo/contratto

1. A mezzo e nei limiti di quanto previsto nel presente accordo/contratto la struttura è ammessa ad erogare, in coerenza e nel rispetto della configurazione di cui al provvedimento di accreditamento, in nome e per conto e con onere a carico del SSR, le seguenti prestazioni:

Prestazioni per le quali è assegnato un tetto di spesa o per le quali è previsto apposito finanziamento

- prestazioni di ricovero per Acuti;

- prestazioni di Riabilitazione Post-Acuzie;
- prestazioni di Lungodegenza medica;
- prestazioni di Laboratorio Analisi;
- prestazioni di Altra Specialistica;
- prestazioni Critiche
- prestazioni APA;
- prestazioni rivolte a persone non autosufficienti, anche anziane (Intensivo, Estensivo, Mantenimento e DCCG- Disturbi Cognitivo Comportamentali Gravi)
- prestazioni in Hospice;
- prestazioni di Riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento (ex art. 26);
- prestazioni di Assistenza Psichiatrica territoriale;
- prestazioni di Assistenza Termale;
- prestazioni erogate nei confronti di persone in stato di dipendenza o *addiction*;
- maggiori costi connessi alle attività di cui all'art. 8-*sexies*, comma 2, D. Lgs. 502/92 e s.m.i. (funzioni assistenziali);
- maggiori costi connessi alle attività di didattica e ricerca *ex art. 7*, comma 2, D. Lgs. n. 517/99;
- file F;

Prestazioni non previste nel tetto di spesa e remunerate in funzione dei volumi effettivamente erogati

- prestazioni di assistenza specialistica erogate in regime di emergenza/urgenza per accessi non seguiti da ricovero;
- osservazione breve intensiva (O.B.I.);
- prestazioni di dialisi;
- prestazioni di radioterapia;
- ricoveri per DRG 391 (neonato sano).

Art. 6 – Durata

1. La durata del presente accordo/contratto è biennale e decorre a far data dal _____ fino al 31/12/2026. La durata del rapporto si intende riferita alla disciplina giuridica prevista nel presente accordo/contratto, fermo restando che il corrispettivo contrattuale per l'annualità 2026 verrà fissato con specifico provvedimento di budget, anche all'esito della ripartizione del fondo sanitario nazionale e,

pertanto, l'importo di cui al successivo art. 9 sarà oggetto di successivo *addendum* contrattuale annuale tra le parti.

2. Non è ammesso il rinnovo tacito.

3. Qualora alla scadenza del presente contratto la ASL non abbia ancora provveduto a proporre il nuovo accordo/contratto, il presente contratto si intenderà prorogato, agli stessi patti e condizioni, fino alla proposta di sottoscrizione del successivo accordo/contratto, fermo restando l'eventuale conguaglio nel caso di modifica del budget che verrà assegnato.

4. Resta inteso che, allo scadere del termine di cui al precedente comma 1, qualora sia rideterminato il fabbisogno di prestazioni da parte della Regione, nel successivo accordo/contratto verranno conseguentemente adeguati condizioni, oggetto e remunerazione pattuiti nel presente contratto, tenuto conto delle risorse finanziarie disponibili.

Art. 7 – Corrispettivo, Tariffe e Regole di remunerazione

1. L'importo indicato nel presente accordo/contratto deve intendersi quale limite massimo invalicabile pattuito a titolo di remunerazione per le prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR, erogate correttamente e coerentemente con la configurazione di accreditamento.

2. L'importo complessivo è stato individuato tenendo presente: l'apporto richiesto alle strutture per l'ottenimento del volume programmato di prestazioni LEA in favore dei terzi beneficiari, nel rispetto del DPCM 29/11/2001 come modificato dal DPCM 12/01/2017 nelle parti applicabili; le risorse economico-finanziarie a disposizione della Parte pubblica; i vincoli di bilancio e del Piano di rientro; le prestazioni specificamente richieste alla struttura contraente in coerenza con il titolo di accreditamento che possiede e che viene concretamente utilizzato a mezzo del presente accordo/contratto.

3. L'importo complessivo per l'anno 2025 riconosciuto alla struttura ai sensi del presente accordo/contratto è di € _____ (*budget*), tetto massimo non superabile (da intendersi per ciascuna tipologia assistenziale di cui al successivo art. 9), entro il quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la configurazione di accreditamento e con la normativa vigente. I tetti di spesa assegnati rappresentano un limite invalicabile e si intendono comprensivi di IVA, ove applicabile.

4. Al fine di garantire l'attività di programmazione della spesa sanitaria ed evitare debiti fuori bilancio, l'assegnazione dei tetti di spesa quali limiti invalicabili rappresenta espressa manifestazione di volontà da parte della Regione di non riconoscere in favore delle strutture accreditate alcuna *utilitas* nell'erogazione delle prestazioni extra budget. Per le prestazioni erogate in eccesso rispetto al livello massimo di finanziamento, parte integrante del presente contratto, pertanto, nessun importo potrà essere riconosciuto alla Società/ente morale erogante, nemmeno a titolo di indennizzo *ex art. 2041 c.c.* La Struttura, in ossequio ai principi di correttezza, buona fede e leale collaborazione nell'esecuzione del contratto, si impegna ad erogare le prestazioni nel rispetto della configurazione di accreditamento, nei limiti dei tetti di spesa assegnati ed in modo congruo e appropriato, in ossequio alla normativa vigente.

5. Il *budget* rimane invariato per tutto l'anno, fatta salva l'applicazione di leggi e/o regolamenti nazionali di natura vincolante che dovessero intervenire, anche nel corso della durata dell'accordo/contratto, nonché le ipotesi di cui agli articoli 1430 e 1431 del Codice Civile. Non costituiscono eccezione né la modifica delle tariffe in corso d'anno ai sensi di quanto previsto al successivo comma 6, né l'apertura del nomenclatore tariffario.

6. Il prezzo unitario delle singole prestazioni di cui la struttura ha potestà di erogazione in base al presente accordo/contratto è quello fissato dalle tariffe regionali vigenti *ratione temporis* al momento della sottoscrizione dell'accordo/contratto e, comunque, in via residuale, dalle tariffe nazionali vigenti. Qualunque tariffa superiore a quanto previsto come massima dalla normativa nazionale deve comunque ritenersi nulla. Le prestazioni richieste sono esclusivamente quelle consentite dalla configurazione di accreditamento e le tariffe devono ritenersi a tutti gli effetti remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni.

7. Il *budget* complessivo rimane invariato, come copertura massima di spesa a carico del bilancio pubblico derivante dal presente accordo/contratto, anche nel caso in cui, per qualsiasi ragione, la tariffa delle singole prestazioni dovesse registrare aumenti e/o variazioni o dovesse aumentare il pannello di prestazioni erogabili. Sarà, in tal caso, cura della struttura graduare la quantità e la tipologia delle prestazioni erogate in modo compatibile con il rispetto del tetto massimo di spesa fissato contrattualmente nel rispetto della configurazione di accreditamento e in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 8 *quinquies*, comma 2, lett. e *bis*) del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., che qui deve intendersi richiamato.

8. Qualora la stipula dell'accordo/contratto intervenga ad anno solare già iniziato, il *budget* annuale, di cui al presente accordo/contratto, ovvero del successivo *addendum* al contratto, riassume comunque le prestazioni sanitarie già erogate dalla struttura sulla base del provvedimento regionale di assegnazione del budget.

9. Per tutto ciò che concerne la definizione dei livelli massimi di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera, territoriale e specialistica ambulatoriale, ad integrazione di quanto previsto nel presente accordo, si rinvia alla DGR n. _____ del ____ dicembre 2024, nonché ai relativi provvedimenti attuativi, e, in particolare, al **Documento Tecnico** avente ad oggetto i criteri di budget e le regole di remunerazione per l'anno 2025 (**All. C**), i cui contenuti formano parte integrante del presente contratto e che la struttura dichiara espressamente di accettare, prendendo atto che tale documento è stato inserito sul sistema regionale nella sezione "*Raccolta Documenti*".

10. Si precisa che i nuovi criteri di assegnazione dei budget e le regole di remunerazione, stabiliti con il suddetto **Documento Tecnico (All. C)**, rappresentano un nuovo modello di gestione delle risorse sottoposto a monitoraggio periodico trimestrale, all'esito del quale l'Amministrazione si riserva la facoltà di introdurre modifiche in corso d'anno, ai fini del raggiungimento degli obiettivi pubblici prefissati a tutela della salute, fermo restando il budget complessivo di cui al presente accordo/contratto.

Art. 8 - Distribuzione dell'attività, governo delle liste di attesa, flussi informativi, prescrizione dematerializzata e rischio clinico

1. Al fine di consentire ai terzi beneficiari continuità nella fruizione delle prestazioni sanitarie, è compito della struttura suddividere l'erogazione delle prestazioni nell'arco dell'intero anno solare con un impegno all'erogazione mensile tendenzialmente omogeneo.
2. In particolare, la struttura che eroga attività ospedaliera per acuti, seppure possa produrre mensilmente in misura superiore rispetto ad 1/12 del budget, purchè nei limiti della capacità produttiva massima accreditata, è tenuta a garantire, in ogni caso, per i mesi di novembre e dicembre l'erogazione delle prestazioni nella misura pari ad almeno il 16% del budget. Tale garanzia è richiesta, per le strutture che erogano prestazioni di lungodegenza, di riabilitazione, di assistenza territoriale e di assistenza specialistica, nella misura pari ad almeno il 10% del budget, per i mesi di novembre e dicembre.
3. La struttura è tenuta a comunicare per iscritto alla ASL di competenza il raggiungimento del budget assegnato.
4. Il numero dei pazienti ricoverati in regime di ricovero ordinario e i trattamenti riconducibili ai posti letto residenziali e semi residenziali non può superare, in ogni giornata, il numero totale dei posti letto accreditati. Per quanto riguarda i ricoveri in Day Hospital – Day Surgery, il numero dei pazienti ricoverati non può superare, in ogni giornata lavorativa, il doppio del numero complessivo dei posti letto accreditati per il ciclo diurno.
5. Resta inteso che la struttura non deve fornire prestazioni con onere a carico del SSR qualora non coerenti con la configurazione di accreditamento e/o qualora eccedenti il *budget* assegnato e/o comunque qualora violino il contenuto del presente accordo/contratto.
6. La struttura comunica alla ASL e alla Regione Lazio, con congruo anticipo, eventuali sospensioni di funzioni o attività sanitarie, oggetto del presente accordo/contratto; il preavviso, che deve essere effettuato a mezzo PEC, deve essere tale da garantire continuità assistenziale e da evitare disagio all'utenza.
7. Nell'ambito del budget assegnato e della configurazione di accreditamento, le prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR devono essere rese nel rispetto degli obiettivi di programmazione e di indirizzo regionale, dei criteri di congruità e appropriatezza, nonché con finalità di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure erogate nel *setting* idoneo, tenendo conto del governo delle liste d'attesa in ambito ospedaliero e specialistico.
- 8 La struttura è tenuta a mettere a disposizione del sistema regionale ReCup il 100% delle proprie agende digitali entro e non oltre il **31/03/2025**, per tutte le prestazioni (con esclusione delle prestazioni di laboratorio e fisiokinesiterapia, radioterapia e dialisi), ivi comprese quelle di *follow up* (queste ultime in sola visibilità).

9. La struttura è tenuta, altresì, ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell'utente attraverso la prescrizione, da parte dei medici specialisti della struttura stessa, delle prestazioni relative ai *follow-up*, identificate dalla classe di priorità "A", come già previsto nel Piano nazionale di governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 e nel Piano regionale di governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui, rispettivamente, ai DCA n. 152/2019 e n. 302/2019. La struttura è tenuta a mettere a disposizione le Agende almeno per 12 mesi consecutivi, così come previsto nel citato Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA).

10. Ai fini della verifica degli adempimenti di cui ai precedenti commi e del rispetto delle classi di priorità, è previsto un monitoraggio (attraverso il sistema SIASXL), confrontando i dati delle prestazioni effettivamente erogate dalla struttura con quelli delle prenotazioni effettuate presso la medesima tramite sistema integrato o Piattaforma ReCup..

11. Resta inteso che, in fase di riconoscimento finale delle prestazioni erogate, le prestazioni erogate non visibili e/o non collegate alle agende presenti sul sistema regionale Recup a far data dallo 01/04/2025 non potranno essere remunerate e pagate.

11. La struttura sanitaria, in adempimento all'obbligo informativo relativo al FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico che racchiude l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito ai sensi del Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico DPCM n. 178/2015) previsto dall'articolo 12, comma 7, del d.l. n. 179/2012, convertito con modificazioni dalla legge n. 221/2012, è tenuta alla trasmissione, in modo completo e conforme al DM 261/2016 nonché nel rispetto delle previsioni di cui al DM 07/09/2023 (FSE 2.0), dei dati contenuti nelle SDO (DM 28/12/1991, DM 380/2000) e nei referti per esterni, per prestazioni erogate sia in regime privatistico che con onere a carico del SSR. Tale trasmissione è richiesta anche allo scopo di consentire alla Regione l'interoperabilità fra i FSE, curata dall'apposita Infrastruttura (INI) istituita ai sensi del comma 15-ter dell'art. 12 del D.L. citato e realizzata, in raccordo con AGID, dal Ministero dell'Economia e delle Finanze che assume la titolarità del trattamento dei dati (art. 22 Decreto Ministero dell'Economia e delle Finanze 4 agosto 2017). L'inosservanza, anche parziale, delle disposizioni del presente articolo costituisce grave inadempimento ai sensi del successivo art. 15 ed è causa di risoluzione dello stesso.

12. Al fine di consentire alla Regione di disporre in modo completo del patrimonio informativo del sistema sanitario e di individuare indicatori utili alla valutazione del monitoraggio nel tempo dell'assistenza ricevuta dai singoli assistiti a livello ospedaliero e territoriale, per verificare il raggiungimento degli obiettivi posti in sede di programmazione regionale, nonché di elaborare dati sui volumi a fini statistici, la struttura è tenuta (a titolo esemplificativo e non esaustivo, ai sensi del DM n. 380/2000, del DM n. 349/2001, DM dello 05/12/2006, DM del 15/10/2010, DM del 22/10/2014) a inserire nei flussi informativi del Sistema sanitario tutte le prestazioni erogate per assistenza ospedaliera, territoriale e specialistica ambulatoriale, anche effettuate in regime privatistico.

L'inosservanza delle disposizioni del presente comma costituisce grave inadempimento ai sensi del successivo art. 15 ed è causa di risoluzione del presente contratto. Le prestazioni di assistenza territoriale, laddove non vi siano gli appositi flussi informativi, dovranno essere comunicate secondo i Format e le Linee guida predisposti dall'ASL di competenza.

13. La struttura è tenuta al rispetto delle disposizioni relative al processo di rendicontazione e fatturazione, meglio dettagliato nell'Allegato tecnico alla DGR n. 868 del 7 dicembre 2023, che forma parte integrante e sostanziale del presente contratto (**All. A**).

14. Le strutture abilitate provvedono alla prescrizione medica (specialistica e farmaceutica) esclusivamente in modalità dematerializzata su ricettario SSN, ad eccezione dei PAC e degli accorpamenti di prestazioni che non possono essere inviati con tale modalità, che continueranno a essere prescritti in cartaceo fino a nuova disposizione regionale. Le strutture provvedono, altresì, a prendere in carico la ricetta dematerializzata e alla successiva comunicazione dell'avvenuta esecuzione della prestazione attraverso i sistemi informativi regionali e/o aziendali. Nel caso di mancato assolvimento, da parte della struttura, agli obblighi della normativa sulla ricetta dematerializzata e, in particolare, nel caso di mancata presa in carico della ricetta entro 5 giorni dalla data di prenotazione e conseguente annullamento/blocco della stessa tramite il portale web ERODE o il Sistema Accoglienza Regionale (SAR), da parte della struttura, all'esito delle verifiche mensili sui flussi informativi delle prestazioni erogate, tali prestazioni saranno scartate e, quindi, non saranno riconosciute né pagate. Resta inteso che in sede di prenotazione, la struttura dovrà inviare al ReCup le "note di preparazione" per ogni tipologia di prestazione, correttamente compilate.

15. La prescrizione SSN deve essere utilizzata presso una sola struttura erogatrice. Nel caso in cui la stessa ricetta venga inserita più volte sul Sistema SIASXL da parte di strutture erogatrici diverse, si procederà allo scarto della seconda ricetta in ordine cronologico di invio; il valore della produzione eventualmente riconosciuto in base al primo inserimento verrà recuperato in sede di determinazione della remunerazione spettante.

16. Le ricette di presa in carico dei pazienti in sede di *follow up* devono essere correttamente compilate, secondo le disposizioni della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria.

17. La struttura è provvista di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi (RCT) e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO), ai sensi dell'articolo 27, comma 1-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, a tutela di pazienti e personale. È data evidenza, mediante pubblicazione sul sito della struttura, della denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa della responsabilità civile verso i terzi e verso i prestatori d'opera, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative, ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa (cfr. articolo 10 L. n. 24/2017). La struttura comunica al centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente (cd. Centro Regionale Rischio clinico) i dati sui

rischi, sugli eventi avversi e sul contenzioso e predisporre una relazione annuale che pubblica sul sito web aziendale nella quale dia evidenza degli eventi avversi verificatisi, cause e iniziative messe in atto (art. 2, comma 5, L. n. 24/2017). La struttura adotta un sistema informativo idoneo a documentare il rapporto contrattuale con il personale sanitario che dovrà essere dotato di idonea copertura assicurativa, ulteriore a quella della struttura. La violazione di tale disposizione comporta la risoluzione automatica del presente contratto ai sensi del successivo art. 15.

18. La struttura potrà procedere con la fatturazione delle prestazioni rese nel rispetto di quanto disposto dal Documento Tecnico di cui alla DGR n. 868/2023 (**AII. A**) e dalla Disciplina Uniforme (**AII. B**), quali parti integranti e sostanziali del presente contratto di budget, solo a seguito della ricezione dell'ordine elettronico che verrà emesso dall'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio, per ogni tipologia di prestazione contrattualizzata, secondo le indicazioni operative regionali emanate in materia.

19. Per l'erogazione delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera con onere a carico del SSR oggetto del presente contratto, si rinvia, tra l'altro, alle misure di cui all'art. 2 Protocollo d'Intesa tra la Regione Lazio e le Associazioni di Categoria AIOP-ARIS-UNINDUSTRIA SANITA', inerente al "*Trasferimento da Pronto Soccorso per ricovero presso le strutture accreditate per acuti non dotate di Pronto Soccorso – Trasferimento dai reparti di Area medica ubicata presso ospedali sede di P.S. o DEA in Riabilitazione e Lungodegenza*", ratificato con Determinazione n. 42 del 5 gennaio 2023, nelle parti ritenute applicabili.

Art. 9 -Valorizzazione di prestazioni erogabili e remunerazione massima annuale

1. a) per le prestazioni per acuti: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, che dovrà essere utilizzato per la gestione degli episodi di ricovero di cui al **Documento Tecnico**, Allegato 1 della DGR n. ____/2024 (**AII. C**), come di seguito specificato:

a.1) € _____ per le attività svolte in regime di ricovero ordinario con dimissioni registrate nelle discipline di Area medica;

a.2) € _____ per le attività svolte in regime di ricovero in day hospital con dimissioni registrate nelle discipline di Area medica;

a.3) € _____ per le attività svolte in regime di ricovero ordinario e in regime di ricovero in day surgery con dimissioni registrate nelle discipline di Area chirurgica;

a.4) € _____ per le attività svolte in regime di ricovero ordinario con dimissioni registrate nelle nelle discipline di Area critica;

Le strutture private accreditate prive di P.S., che erogano prestazioni per acuti nell'ambito della programmazione regionale, 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 secondo le modalità e le percentuali fissate nel sopra richiamato Allegato 1, purchè nei limiti massimi del budget assegnato.

Gli importi previsti per la tipologia assistenziale di cui sopra potranno subire eventuali rimodulazioni, in corso d'anno, nell'ambito delle Aree omogenee, anche a seguito dei monitoraggi trimestrali che verranno effettuati, fermo restando il livello massimo di finanziamento complessivamente assegnato, ai fini del raggiungimento dell'obiettivo pubblico prefissato per la tutela più efficace del diritto alla salute dei cittadini.

b) per le prestazioni di riabilitazione post-acuzie: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari);

c) per le prestazioni di lungodegenza medica: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ 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 prestazioni di specialistica ambulatoriale:

d.1) Laboratorio Analisi: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket) di cui alla vigente normativa;

d.2) Prestazioni di Altra Specialistica: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extracomunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket) di cui alla vigente normativa;

d.3 "Prestazioni Critiche": il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo della ASL, come specificato nella Delibera n. ____ del ____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket) di cui alla vigente normativa. Il budget è assegnato per le "Prestazioni Critiche" di cui all'Allegato 2 della DGR _____ del _____. In caso di esaurimento del budget per le Prestazioni Critiche l'eventuale eccedenza andrà ad erodere il budget di Altra Specialistica; non è consentita l'operazione inversa.

d.4) Prestazioni APA: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket) di cui alla vigente normativa;

e) per le prestazioni per persone non autosufficienti anche anziane, il Budget complessivo assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, di cui:

e.1.) per assistenza intensiva residenziale, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

e.2.) per assistenza estensiva residenziale, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

e.3.) per assistenza residenziale relativa ai disturbi cognitivo comportamentali gravi, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

e.4.) per assistenza semi-residenziale relativa ai disturbi cognitivo comportamentali gravi, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

e.5.) per assistenza di mantenimento residenziale ad alto carico, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

e.6.) per assistenza di mantenimento Residenziale a basso carico, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

e.7.) per assistenza di mantenimento semi-residenziale ad alto carico, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

e.8.) per assistenza di mantenimento semi-residenziale a basso carico, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____.

Il Budget assegnato si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio e alla sola quota a carico del SSR ed è consentita l'osmosi dello stesso nel caso di setting assistenziali diversi (intensivo,

estensivo, mantenimento) relativi al medesimo regime assistenziale (residenziale, semiresidenziale), purchè nei limiti dei posti residenziali e semiresidenziali accreditati;

f) per le prestazioni in Hospice il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, di cui:

f.1) per assistenza residenziale il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

f.2) per assistenza domiciliare il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

f.3) per assistenza residenziale pediatrica il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

f.4) per assistenza diurna pediatrica in Day Hospice il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

Il budget assegnato si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio;

g) per le prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento: il Budget complessivo assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, di cui:

g.1) per le prestazioni di riabilitazione territoriale residenziale, il Budget assegnato per l'erogazione di n. _____ giornate alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

g.2) per le prestazioni di riabilitazione territoriale semi-residenziale, il Budget assegnato per l'erogazione di n. _____ giornate alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

g.3) per le prestazioni ambulatoriali di riabilitazione territoriale, il Budget assegnato per l'erogazione di n. _____ trattamenti (accessi) alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

g.4) per le prestazioni domiciliari di riabilitazione territoriale, il Budget assegnato per l'erogazione di n. _____ trattamenti (accessi) alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

Il Budget assegnato si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio e alla sola quota a carico del SSR ed è consentita l'osmosi dello stesso tra setting assistenziali (intensivo, estensivo, mantenimento) e tra i diversi regimi assistenziali, purchè nei limiti dei posti residenziali e semiresidenziali accreditati;

h) per le prestazioni di Psichiatria il Budget complessivo assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, di cui:

h.1) per le prestazioni di assistenza intensiva territoriale, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.2) per le prestazioni di assistenza riabilitativa intensiva (SRTR i), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.3) per le prestazioni di assistenza riabilitativa estensiva (SRTR e), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.4) per le prestazioni di assistenza riabilitativa intensiva per adolescenti, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.5) per le prestazioni di assistenza riabilitativa estensiva per adolescenti, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.6) per le prestazioni di assistenza residenziale socio-riabilitativa ad elevata intensità (24h), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.7) per le prestazioni di assistenza residenziale socio-riabilitativa a media intensità (12h), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.8) per le prestazioni di assistenza semi-residenziale socio-riabilitativa (Centro Diurno), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.9) per le prestazioni di assistenza semi-residenziale socio-riabilitativa per adolescenti (Centro Diurno), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.10) per le prestazioni di assistenza residenziale relativa ai disturbi del comportamento alimentare il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.11) per le prestazioni di assistenza semi-residenziale relativa ai disturbi del comportamento alimentare (Centro Diurno), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

Il budget assegnato si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio e alla sola quota a carico del SSR ed è consentita l'osmosi dello stesso nel caso di setting assistenziali diversi (intensiva, estensiva, SRSR h24 e SRSR h12, centro diurno, ad eccezione dei Disturbi Comportamenti Alimentari) relativi al medesimo regime assistenziale (residenziale, semiresidenziale), purchè nei limiti dei posti residenziali accreditati;

i) per le prestazioni di assistenza termale: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____; tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio ed è comprensivo delle compartecipazioni aggiuntive (ticket) di cui alla vigente normativa;

j) per le prestazioni erogate a persone in stato di dipendenza o Addiction: il Budget complessivo assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, di cui:

j.1) per le prestazioni di assistenza terapeutico-riabilitativa residenziale, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

j.2) per le prestazioni di assistenza terapeutico-riabilitativa semi-residenziale, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

j.3) per le prestazioni di assistenza pedagogico-riabilitativa residenziale, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

j.4) per le prestazioni di assistenza pedagogico-riabilitativa semi-residenziale, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

j.5) per le ulteriori prestazioni di assistenza per persone in stato di dipendenza o addiction, quali ad esempio le attività svolte dalle c.d. Unità Mobili, il budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

Il budget assegnato si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio ed è consentita l'osmosi dello stesso nel caso di setting assistenziali diversi (pedagogico o terapeutico) relativi al medesimo regime assistenziale (residenziali e semiresidenziale), purché nei limiti dei posti residenziali accreditati;

k) per i maggiori costi connessi alle attività di cui all'art. 8-sexies, comma 2, D. Lgs. 502/92 e s.m.i.: il finanziamento assegnato alla struttura è quello che verrà individuato in applicazione della metodologia di cui alla DGR 1083/2024 e s.m.i.;

l) per i maggiori costi connessi all'attività di didattica e ricerca di cui all'art. 7, comma 2, D.Lgs. n. 517/99 e s.m.i.: il finanziamento assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo è pari al 7% del valore delle prestazioni di assistenza ospedaliera remunerabili nell'anno di competenza in favore di pazienti residenti e non residenti, nonché del valore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale remunerabili nell'anno di competenza, in favore di pazienti residenti.

2. Tenuto conto di quanto chiarito sopra, la società/ente morale prende atto e con il presente accordo/contratto conferma di accettare, per ciascuna tipologia assistenziale sopra indicata posta a carico del Servizio Sanitario Regionale, il tetto massimo annuo stabilito nel relativo provvedimento regionale e/o aziendale e accetta, pertanto, l'importo complessivo di € _____ (_____/_____), pari alla somma delle voci _____, (di seguito denominato "Tetto Massimo Annuo").

3. Resta inteso che le prestazioni soggette a rimborso non prevedono la fissazione di un budget e sono rimborsate, a seguito dei controlli di legge, in funzione delle prestazioni effettivamente erogate, tenuto conto della capacità produttiva. Per tali voci (a titolo esemplificativo e non esaustivo, dialisi, neonato sano, radioterapia, O.B.I., ecc.), pertanto, non è indicata la relativa remunerazione, che verrà determinata a consuntivo.

Art. 10 - Requisiti e modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie – Privacy

1. Le prestazioni sanitarie dovranno essere erogate nella piena osservanza delle disposizioni normative e regolamentari, nazionali e regionali, applicabili in materia, avuto in particolare riguardo ai Decreti del

Commissario *ad acta* nn. 8/2011, 282/2017, 283/2017 e 469/2017 e s.m.i..

2. 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 accordo/contratto.

3. Nel caso di prestazioni di riabilitazione intensiva post acuzie, la struttura si impegna ad erogare le stesse nel rispetto delle Linee Guida Ministeriali sulla Riabilitazione e della normativa nazionale e regionale vigente.

4. La struttura dichiara e garantisce l'adeguatezza e il perfetto stato d'uso delle apparecchiature nel tempo e si impegna a tenere a disposizione della ASL e della Regione Lazio, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e la documentazione dell'attività di manutenzione effettuata.

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

a) Dati anagrafici del paziente;

b) Tipo di trattamento richiesto.

6. La struttura si impegna a svolgere le prestazioni sanitarie e a trattare i dati dei pazienti nel pieno rispetto del D. Lgs. n. 196/2003 (*"Codice in materia di protezione dei dati personali"*), come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018, dal Regolamento UE n. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27/04/2016 (GDPR), nonché dal d.l. n. 139/2021, conv. con modifiche dalla L. n. 205/2021 e s.m.i. e, in particolare, nel rispetto di quanto previsto al titolo V del Codice, rubricato: *"Trattamento di dati personali in ambito sanitario"* e all'art. 9 del Regolamento UE.

7. È fatto espresso divieto alla struttura di sottoscrivere contratti di servizi e/o di acquisto di beni che prevedano che la titolarità dei dati sanitari dei pazienti sia affidata a soggetti terzi.

8. La struttura si impegna ad adempiere in modo diligente e costante al proprio debito informativo, secondo i tempi e le modalità stabilite dalla normativa nazionale e regionale.

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

10. Si rinvia alle disposizioni di cui al precedente articolo 8, comma 10.

11. Nel caso di mancanza e/o perdita di un requisito di autorizzazione e/o di accreditamento, nelle more della regolarizzazione da parte della struttura, sarà applicata una penale pari al 5% del valore del budget complessivo assegnato nell'annualità di riferimento. Tale decurtazione verrà applicata dalla ASL, solo all'esito del procedimento avviato a seguito di segnalazione/comunicazione da parte della Regione Lazio, e fino all'anno successivo all'esito positivo della procedura di autorizzazione e di accreditamento.

Art. 11 – Controlli sull'attività sanitaria ex art. 8-*octies* D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

1. Al fine di verificare che le prestazioni sanitarie siano state rese conformemente alle vigenti prescrizioni di legge, la ASL e la Regione Lazio procedono alle attività di verifica e controllo sulle prestazioni erogate, con modalità che non siano d'ostacolo all'ordinario svolgimento delle attività sanitarie della struttura, secondo i termini e le prescrizioni stabiliti dal DCA n. 509/2018, come modificato e integrato dalla DGR n. 665/2024, e dai relativi documenti tecnici agli stessi allegati.

2. A tal fine, la struttura ha il dovere di:

- a) predisporre condizioni organizzative tali da consentire l'acquisizione da parte della ASL e della Regione, anche attraverso gli strumenti informatici, di ogni dato ritenuto utile a verificare il corretto adempimento;
- b) consegnare alla ASL o alla Regione la documentazione relativa alle prestazioni sanitarie rese e, in particolare, le cartelle cliniche oggetto di controllo in formato digitale;
- c) consentire alla Regione o alla ASL la verifica dell'appropriatezza clinica e/o organizzativa, anche relativa al mantenimento dei requisiti autorizzativi e/o di accreditamento.

3. In ogni caso, la struttura ha l'obbligo di consentire lo svolgimento dei controlli fornendo la massima collaborazione alla Parte pubblica, anche al fine di rimuovere eventuali ostacoli all'attività di controllo. La condotta tenuta dalla struttura durante l'attività di controllo sarà valutabile ai fini dell'applicazione del successivo art. 15.

4. La struttura si impegna a conservare, anche mediante archivio informatico, tutta la documentazione amministrativa relativa alle prestazioni rese in favore dei terzi beneficiari per un periodo non inferiore a quello previsto dalle vigenti disposizioni in materia. È fatto salvo il periodo di conservazione prescritto per la documentazione sanitaria, secondo le modalità e i termini di cui al D.P.R. 30 settembre 1963, n. 1409, al D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128 e alla circolare n. 61 del 19 dicembre 1986 del Ministero della Sanità e s.m.i. e secondo il piano di conservazione dei documenti previsto.

5. La struttura si impegna a fornire tutta la documentazione, di cui vi è obbligo di tenuta ai sensi della vigente normativa, richiesta dalla ASL o 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. Così come espressamente previsto nell'Allegato 1 della DGR n. 665/2024 (che modifica e integra

l'Allegato A del DCA n. 509/2018), nel caso di mancata, parziale o ingiustificata ritardata messa a disposizione della documentazione sanitaria e amministrativa specificamente richiesta, nelle forme, con le modalità e i termini stabiliti nei provvedimenti regionali e nazionali vigenti, le prestazioni sanitarie che non sarà possibile verificare saranno considerate come non rese con applicazione della penalizzazione nella misura massima prevista, fatti salvi eventi eccezionali e/o imprevisi, non imputabili alla Struttura, debitamente motivati.

7. Di ciascun accesso e/o controllo dovrà essere redatto verbale, di cui una copia spetterà alla struttura.

8. Per tutto quanto non regolato dal presente contratto, si applica la disciplina nazionale e regionale in materia di controlli vigente al momento dell'erogazione della prestazione e, in particolare, le disposizioni di cui al DCA n. 509/2018, come modificato e integrato dalla DGR n. 665/2024, e ai relativi documenti tecnici agli stessi allegati.

Art. 12 - Modalità di fatturazione, liquidazione e termini per il pagamento della remunerazione

1. Le modalità di fatturazione e di pagamento della remunerazione di cui al presente accordo/contratto sono disciplinate dal regolamento allegato al presente accordo/contratto e parte integrante dello stesso (**All. B**).

2. La struttura si impegna ad inviare i flussi informativi regionali delle prestazioni sanitarie erogate con onere a carico del SSR entro e non oltre il termine e le modalità comunicate dall'Area regionale Sistemi Informativi per la chiusura definitiva degli archivi relativi ai dati di produzione, tenuto conto altresì delle modalità e dei termini stabiliti all'Allegato Tecnico di cui alla DGR n. 868/2023, parte integrante del presente contratto (**All. A**). Oltre i predetti termini e fuori dalle suindicate modalità, le prestazioni non verranno accettate dai sistemi e, quindi, non verranno valorizzate.

3. La ASL si impegna, per tutta la durata del rapporto contrattuale, a remunerare la struttura sulla base delle seguenti specifiche:

(A) *per le prestazioni erogate in regime di assistenza territoriale (a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni psichiatriche, terapeutiche riabilitative e socio-riabilitative per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, in Hospice, in residenze sanitarie assistenziali, in centri diurni etc).*, per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria, sulla base

- i. di una **Fattura mensile** di importo pari alla produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per il medesimo anno di riferimento;

(B) *per le prestazioni erogate in regime di assistenza ospedaliera (a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni per acuti, di riabilitazione post-acuzie, lungodegenza, neonato sano) e di assistenza specialistica (a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni relative a laboratorio analisi, APA, altra specialistica, dialisi, radioterapia)*, per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria, sulla base

- i. di una **Fattura mensile** di importo pari alla produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per l'anno di riferimento, come definite all'art. 8, comma 2;
 - ii. e, ove spettante, di una **Fattura mensile** di importo pari alla produzione effettivamente erogata in relazione a specifiche tipologie di prestazioni soggette a rimborso (a titolo esemplificativo e non esaustivo, dialisi, neonato sano, radioterapia, OBI, ecc.);
- (C) *ove spettante, per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere di cui al comma 2 dell'art. 8 sexies del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e di didattica e ricerca di cui al comma 2 dell'art. 7 del D.lgs. 517/99 e s.m.i., nonché per la distribuzione di farmaci (File F), per le prestazioni in OBIe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale nell'ambito della Rete di emergenza e urgenza per accessi non seguiti da ricovero, sulla base*
- i. di una **Fattura mensile (Fattura di Acconto)** di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) dell'80% del valore assegnato per l'anno di riferimento, quale finanziamento riconosciuto alla Struttura per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere, di cui al comma 2 dell'art. 8 sexies del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i.;
 - ii. di una **Fattura mensile (Fattura di Acconto)** di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) dell'80% del valore del finanziamento per i maggiori costi sostenuti dalla Struttura per lo svolgimento delle funzioni di Didattica e di Ricerca connesse ad attività assistenziali di cui all'art. 7, comma 2, del D. Lgs. 517/99 e s.m.i., indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio;
 - iii. di una **Fattura mensile (Fattura di Acconto)** di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) dell'80% del valore di budget assegnato per l'anno di riferimento e relativo alla distribuzione dei farmaci (File F), indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio;
 - iv. di una **Fattura mensile (Fattura di Acconto)** di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) dell'80% del valore riconosciuto alla Struttura, a titolo di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nell'ambito della Rete di Emergenza e urgenza per accessi non seguiti da ricovero, indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio;
 - v. una **Fattura mensile (Fattura di Acconto)** di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) dell'80% del valore riconosciuto alla Struttura, a titolo di prestazioni in OBI, indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio.

Le suddette **Fatture di Acconto** potranno essere emesse dalla Struttura dall'ultimo giorno del mese a cui si riferisce l'acconto.

- vi. - di una **Fattura di Saldo** pari all'importo definito e comunicato dalla Direzione Salute, calcolato:
- ✓ sul totale dei maggiori costi sostenuti nell'anno di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per lo stesso anno, per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere di cui al comma 2 dell'art. 8 *sexies* del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i, ferma restando la rendicontazione dei costi sostenuti laddove previsto dalla normativa vigente;
 - ✓ sul totale del finanziamento assegnato nell'anno di riferimento per le funzioni di Didattica e Ricerca di cui all'art. 7, comma 2, del D. Lgs. 517/99 e s.m.i.;
 - ✓ sul totale dell'effettivo valore riconosciuto per la distribuzione diretta dei farmaci (File F), effettuata nell'anno di riferimento;
 - ✓ sul totale degli accessi al P.S., non seguiti da ricovero, riconosciuti nell'anno di riferimento;
 - ✓ sul totale dell'effettivo valore riconosciuto per le prestazioni in OBI nell'anno di riferimento.

Gli importi di saldo sono determinati al netto dell'importo delle Fatture di Acconto emesse per l'anno di riferimento, nonché degli abbattimenti applicati in esito ai controlli automatici e/o esterni non ancora recuperati. La Fattura di saldo dovrà essere emessa dalla Struttura entro il 30 aprile dell'anno successivo alla chiusura del bilancio di esercizio di competenza, secondo i termini e le indicazioni forniti dalla Regione.

Qualora la produzione riconoscibile per l'esercizio di competenza, entro i limiti massimi di finanziamento fissati, in relazione allo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere e di didattica e ricerca nonché alla distribuzione di farmaci (File F), risulti eccedente il totale Certificato e/o pagato con le Fatture di Acconto, l'Azienda Sanitaria dovrà recuperare gli importi non dovuti a valere sulle prime Fatture utili liquidabili emesse dalla Struttura, inerenti a qualsiasi tipologia di prestazione sanitaria, non ancora oggetto di Certificazione.

4. La liquidazione e/o l'avvenuto saldo non pregiudicano, in alcun modo, la ripetizione di somme che, sulla base dei controlli effettuati sulle prestazioni sanitarie erogate, risultassero non dovute, in tutto o in parte, mediante trattenuta sulle prime fatture utili, ovvero in conformità ad un piano di rateizzazione stabilito dall'ASL di riferimento, sulla base delle Linee Guida regionali.

5. I controlli da effettuare, da parte della ASL, ai fini della liquidazione includono i seguenti accertamenti:

a) che la prestazione sia stata effettivamente resa;

b) che la prestazione resa rientri, per tipologia, quantità e caratteristiche, tra quelle oggetto del presente accordo/contratto e che sia coerente e conforme alla configurazione di accreditamento;

c) che la prestazione sia stata resa in modo congruo e appropriato, secondo le modalità e la tempistica prevista dalla normativa vigente in materia.

6. La ASL deve, inoltre, verificare che:

a) gli importi unitari indicati in fattura per le prestazioni erogate siano conformi alle tariffe regionali e/o nazionali applicabili, come richiamate nel presente accordo/contratto;

b) l'importo richiesto non superi il *budget* massimo complessivo di cui al presente accordo/contratto e per cui vi è copertura di spesa a carico del bilancio pubblico, come previsto al precedente articolo 7;

c) la regolarità amministrativo-contabile delle fatture stesse in base alla normativa vigente;

d) venga effettuato il controllo della posizione della struttura, secondo quanto disposto dal D.M. 24 ottobre 2007 e dall'art. 48-*bis* del DPR 602/73.

7. All'esito del procedimento di controllo sulle prestazioni sanitarie ai sensi dell'art. 8 *octies* del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i., qualora, effettuate le verifiche, emerga un saldo negativo o un importo da recuperare, la Regione comunica i predetti valori alla ASL di competenza. La ASL comunica alla struttura la valorizzazione relativamente agli importi derivanti dai valori concordati, dai valori non concordati e dalle sanzioni amministrative, richiede l'emissione delle note di credito, nonché procede secondo i tempi e con le modalità definite nel regolamento allegato al presente accordo/contratto e parte integrante dello stesso.

8. È preciso dovere della struttura, in caso di discordanza sull'esito dei controlli, adoperarsi per consentire la conclusione del procedimento, evitando così dilazioni temporali; in caso contrario, la condotta non diligente verrà valutata ai fini del corretto adempimento degli obblighi contrattuali.

9. La struttura dovrà provvedere all'emissione delle note di credito entro e non oltre 60 gg. dal ricevimento della richiesta.

10. Nel caso di mancata emissione delle note di credito nel termine suindicato, l'ASL di competenza procederà ad emettere note di debito che saranno compensate sulle fatture utili della struttura stessa.

11. La mancata emissione delle note di credito relative a crediti derivanti da controlli esterni concordati ovvero a crediti di qualsiasi natura ancora non recuperati finanziariamente dall'Azienda Sanitaria di competenza, anche attraverso il blocco di altre fatture emesse dalla struttura, nel termine di cui al precedente comma 9, comporterà l'impossibilità di concedere il beneficio dell'eventuale rateizzazione (in relazione al recupero degli stessi crediti) nonché la riduzione del 10% dell'eventuale budget da assegnare nell'anno successivo.

12. Con riferimento alla mancata emissione delle note di credito relative a crediti derivanti da controlli esterni non concordati, le disposizioni di cui ai commi 10 e 11, saranno sospese sino alla conclusione dei procedimenti attivati dinanzi alle Commissioni, all'esito dei quali, pertanto, le suddette disposizioni dovranno essere regolarmente applicate.

Art. 13 - Cessione dell'accordo/contratto

1. Il presente accordo/contratto non può essere ceduto, nemmeno in parte, senza il consenso espresso della Regione. In caso di cessione/affitto d'azienda o ramo di essa, ovvero in ipotesi similari, per le quali è necessario il provvedimento di voltura del titolo autorizzativo e di accreditamento, il contratto potrà essere ceduto nel solo caso di previsione espressa dell'assunzione dell'obbligo del subentrante/cessionario dei debiti maturati in virtù del rapporto concessorio già vigente, anche in ragione del presente contratto, nonché di quelli derivanti dagli esiti dei controlli esterni sulle prestazioni già erogate. È fatta salva la cessione per effetto del trasferimento in sede giudiziale.
2. La cessione dell'accordo/contratto in violazione di quanto previsto al precedente comma 1 costituisce grave inadempimento ai sensi del successivo art. 15 ed è causa di risoluzione dello contratto stesso.

Art. 14 - Cessione dei crediti

1. Le modalità e i termini di cessione dei Crediti derivanti dal presente accordo/contratto sono disciplinati esclusivamente dall'art. 117, comma 4 *bis*, del decreto legge n. 34/2020, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, nonché dal regolamento allegato al presente contratto, al quale si rinvia integralmente (Disciplina Uniforme, **all. B**), non essendo ammesse altre forme di cessione del credito.
2. In caso di accettazione della cessione, l'Amministrazione può opporre comunque al cessionario tutte le eccezioni opponibili al cedente in virtù del rapporto in essere tra quest'ultimo e l'Amministrazione stessa.
3. La mancata osservanza delle disposizioni nazionali e/o regionali in materia di cessione dei Crediti, ivi compresa la violazione della Disciplina Uniforme, è intesa come grave condotta in violazione dell'art. 4 del presente contratto e, pertanto, comporta la risoluzione automatica dello stesso ai sensi del successivo art. 15, nonché determina l'invalidità, l'inefficacia e l'inopponibilità della cessione all'Amministrazione, anche a prescindere dal rifiuto della ASL di competenza.

Art. 15 – Risoluzione dell'accordo/contratto e recesso

1. Fermo restando il diritto al risarcimento dei danni e ogni altro rimedio previsto ai sensi della normativa vigente, in caso di violazione delle disposizioni del presente accordo/contratto da parte della struttura, la ASL, di concerto con la Regione, può chiedere la risoluzione dello stesso ai sensi dell'art. 1453 c.c.
2. Accertato l'inadempimento, la ASL contesta per iscritto i fatti alla struttura concedendo alla stessa il termine di 30 (trenta) giorni, a far data dalla ricezione della contestazione, per la presentazione di documentazione e di osservazioni scritte. La struttura può all'uopo avvalersi dell'ausilio e dell'assistenza della propria Associazione di categoria rappresentativa delle strutture private accreditate.

3. Trascorso il termine assegnato, la ASL, qualora non ritenga di accogliere le deduzioni della struttura, concerta preventivamente con la Regione la risoluzione dell'accordo/contratto, motivandone debitamente le ragioni. Diversamente, tenuto conto delle giustificazioni e della gravità dell'inadempimento, la ASL può diffidare la struttura ad adempiere entro un congruo termine, comunque non inferiore a 15 gg., ritenuto essenziale, decorso il quale l'accordo/contratto si intenderà risolto ai sensi dell'art. 1457 c.c.

4. Nel caso in cui l'accordo/contratto sia stato sottoscritto sotto condizione risolutiva espressa ai sensi del precedente art. 3, comma 6, qualora, a seguito delle verifiche, dovesse emergere il mancato possesso di uno o più requisiti di cui al comma 2 del precedente art. 3, il presente accordo/contratto è risolto di diritto secondo quanto disposto ai successivi commi 5 e 6.

5. Il presente accordo/contratto è risolto di diritto, ai sensi dell'art. 1456 c.c., in una delle ipotesi di seguito indicate:

- a) Revoca o mancato rinnovo dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento istituzionale;
- b) accertata definitiva carenza dei requisiti oggettivi e/o soggettivi richiesti di cui al precedente art. 3;
- c) accertata incapacità, per cause imputabili alla struttura, di garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie per le quali la struttura è accreditata, anche avuto riguardo al verificarsi di fatti relativi all'assistenza sanitaria;
- d) falsità di alcuna delle dichiarazioni rese di cui al precedente art. 3, comma 2, lettere a), b), c), d), e) ed f);
- e) violazione dell'articolo 8, comma 8 *bis*, in materia di Agende digitali/ReCup;
- f) violazione dell'articolo 8, commi 9 e 10, in materia di Fascicolo sanitario elettronico e di trasmissione e gestione dei dati sanitari e dei flussi informativi;
- g) violazione dell'articolo 8, comma 14, in materia di dati inerenti il rischio clinico e le obbligazioni derivante dalla L. n. 24/2017 e s.m.i.;
- h) violazione del precedente art. 13, in materia di cessione dell'accordo/contratto;
- i) violazione del precedente art. 14, in materia di cessione dei crediti, nonché delle disposizioni di cui al regolamento allegato al presente contratto e parte integrante dello stesso (**All. B**);
- j) violazione del successivo art. 17, comma 3, del presente accordo/contratto.

6. Qualora si verificano una delle ipotesi sopra indicate, la ASL ne fa contestazione scritta alla struttura, comunicando che intende avvalersi della clausola risolutiva espressa.

7. Resta inteso che, a far data dalla comunicazione della sospensione e/o revoca dell'accreditamento o di avvenuta risoluzione dell'accordo/contratto, la struttura potrà eventualmente erogare solo prestazioni in regime privatistico e non potrà più ricoverare nuovi pazienti con onere a carico del SSR; nel caso di sospensione e/o revoca dell'autorizzazione, a far data dalla relativa comunicazione, la struttura non

potrà più ricoverare nuovi pazienti.

8. Nei casi di risoluzione di diritto del presente accordo/contratto, viene immediatamente disposta la revoca dell'accreditamento.

9. Resta inteso che la mancata adesione da parte della struttura alla sottoscrizione dell'*addendum* contrattuale per l'anno 2026, ai sensi di quanto previsto dal precedente art. 6, comma 1, equivale a manifestazione di recesso dal presente contratto, con effetto liberatorio per l'Amministrazione.

Art. 16 – Controversie

1. Tutte le controversie relative o derivanti dal presente accordo/contratto, ivi comprese quelle inerenti alla sua interpretazione, qualora non risolte bonariamente tra le parti, sono devolute alla competenza esclusiva del Foro in cui ha sede la ASL territorialmente competente, con esclusione di ogni Foro concorrente e di qualsiasi devoluzione arbitrale.

2. La vigilanza sulla corretta interpretazione ed esecuzione del presente accordo/contratto può essere demandata ad un Comitato composto da cinque membri, di cui due rappresentanti delle associazioni di categoria maggiormente rappresentative delle strutture, due rappresentanti di Parte pubblica, nominati dalla Direzione Regionale Salute, ed uno con funzioni di Presidente nominato congiuntamente. Tale Comitato sarà istituito entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del provvedimento di adozione dello schema del presente accordo/contratto.

3. Il Comitato può essere investito anche dalla struttura sanitaria, ai fini della valutazione della disposizione del contratto che si assume violata, preventivamente all'azione giudiziaria.

Art. 17 - Clausole di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del presente accordo/contratto la struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione delle tariffe, di determinazione dei tetti di spesa e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione dei suddetti provvedimenti (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto), con la sottoscrizione del presente accordo/contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati, conosciuti e conoscibili.

2. Con la sottoscrizione del presente accordo/contratto, la struttura accetta espressamente di applicare il regolamento sulle modalità di fatturazione e di pagamento, allegato al presente accordo/contratto e parte integrante dello stesso, pena l'impossibilità per la Parte pubblica di procedere alla liquidazione delle fatture e al conseguente pagamento delle stesse. Le fatture trasmesse con modalità estranee e/o diverse da quelle previste nel suddetto regolamento verranno pertanto respinte dalla ASL.

3. Non è ammessa alcuna riserva di una delle parti al presente accordo/contratto, né contestuale né successiva. Nel caso qualsivoglia riserva venisse unilateralmente apposta o comunque successivamente

avanzata da una delle parti, il contratto si intenderà automaticamente risolto ai sensi del precedente art. 15, lett. j), e comunque non sarà sottoscrivibile per l'altra.

Art. 18 - Immodificabilità dell'accordo/contratto

Il contenuto del presente accordo/contratto non è modificabile, se non previa approvazione scritta della Regione, comunicata anche alla struttura, per espresso accordo scritto tra le parti da riversarsi in un nuovo accordo contrattuale anche integrativo e parzialmente novativo e con esclusione di scambio di corrispondenza o mezzi similari.

Art. 19 - Norma di rinvio

Per tutto quanto non disciplinato dal presente accordo/contratto, si fa rinvio alle norme del codice civile, alla normativa nazionale e regionale di settore vigente, nonché

- all'Allegato tecnico alla Deliberazione n. 868/2023, che forma parte integrante e sostanziale del presente contratto (**All. A**),
- al Regolamento di cui alla Disciplina Uniforme sulle modalità di fatturazione e pagamento, allegato al presente contratto e parte integrante e sostanziale dello stesso (**all. B**),
- al Documento Tecnico denominato "*Criteri di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera (Acuti, Riabilitazione post-acuzie, Lungodegenza medica) – Esercizio 2025*", che forma parte integrante e sostanziale del presente contratto (**All. C**), presente nella sezione "*Raccolta Documenti*" sul sistema regionale.

Art. 20 – Trattamento dei dati personali e riservatezza

1. Con la sottoscrizione del presente Accordo/contratto, le Parti, in relazione al trattamento dei dati personali effettuati in esecuzione del contratto medesimo, dichiarano di essersi preventivamente e reciprocamente comunicate tutte le informazioni previste dall'articolo 13 del Regolamento europeo (UE) 2016/679 (GDPR) e del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. (Codice in materia di protezione dei dati personali), ivi comprese quelle relative alle modalità di esercizio dei diritti dell'interessato e alle finalità del trattamento dei dati personali.

2. Il trattamento dei dati è improntato, in particolare, ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e avviene nel rispetto delle misure di sicurezza di cui agli articoli 31 e ss. del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.

Art. 21 – Obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari

La società e/o la struttura si impegnano a rispettare tutti gli obblighi previsti dalla Legge n. 136/2010 e s.m.i. e dai relativi provvedimenti attuativi, in materia di tracciabilità dei flussi finanziari, assumendo a proprio carico tutte le obbligazioni previste dal dettato normativo. In caso di cessione dei crediti oggetto del presente contratto, tali adempimenti sono a carico anche dei soggetti cessionari.

Art. 22 - Registrazione

Il presente accordo/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 e s.m.i.

Art. 23 - Elezione di domicilio

Le parti eleggono domicilio ad ogni effetto di legge e, segnatamente, per l'esecuzione del presente accordo/contratto, presso i rispettivi indirizzi in epigrafe emarginati, dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge all'indirizzo di posta elettronica certificata indicato nel presente accordo/contratto.

Roma, _____

La ASL

La Struttura

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 e 1342 del c.c., la struttura dichiara di aver preso visione ed accettare espressamente le clausole di cui agli articoli: 3) Requisiti oggettivi e soggettivi; 4) Comportamento secondo buona fede; 6) Durata; 7) Corrispettivo, Tariffe e Regole di remunerazione; 8) Distribuzione dell'attività, governo delle liste di attesa, flussi informativi, prescrizione dematerializzata e rischio clinico; 9) Valorizzazione di prestazioni erogabili e remunerazione massima annuale; 10) Requisiti e modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie - Privacy; 11) Controlli sull'attività sanitaria *ex art. 8 octies* D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.; 12) Modalità di fatturazione, liquidazione e termini per il pagamento della remunerazione; 13) Cessione dell'accordo/contratto; 14) Cessione dei crediti; 15) Risoluzione dell'accordo/contratto e recesso; 16) Controversie; 17) Clausole di salvaguardia; 18) Immodificabilità dell'accordo/contratto.

Roma, _____

La ASL

La Struttura