

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

Budget Dedicato prestazioni specialistica anno 2025

Programma straordinario per la riduzione dei tempi delle liste di attesa

CIG _____

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

tra

ASL _____, C.F. _____, P.I. _____,
con sede in _____, Via/P.zza _____ n. _____, in persona del suo legale
rappresentante *p.t.*, oppure di un 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 trasmesso all'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...;

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”;

- 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 “Preso 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 e s.m.i., quale parte integrante e sostanziale dello stesso, così come modificato dalla DGR n. 153/2023;

- con DGR n. 1186 del 30 dicembre 2024 avente ad oggetto: "*Definizione dei livelli massimi di finanziamento, dei criteri di assegnazione dei budget 2025 e delle regole di remunerazione. Modifiche allo schema di Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. per gli anni 2025-2026*" è stato aggiornato lo schema di Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. 502/92 e s.m.i., di cui alla DGR n. 695/2022, così come modificato e integrato dalle DGR n. 310/2023, n. 977/2023 e n. 126/2024, relativamente alle annualità 2025-2026, in considerazione dei provvedimenti regionali e della normativa nazionale intervenuta in materia;

- 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 (**Allegato A**);

- con Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 24 novembre, pubblicato sulla GU n. 302 del 27 dicembre 2024, sono state determinate le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica a partire dalla data del 30 dicembre 2024 (Nomenclatore Tariffario Nazionale);

- con Deliberazione n.1187 del 30 dicembre 2024 avente ad oggetto: "Approvazione "Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale" in attuazione del DM dicembre 2024. Validità prescrizioni medicina specialistica ambulatoriale" si è preso atto del suddetto Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 24 novembre 2024, pubblicato sulla GU n. 302 del 27 dicembre 2024 e si è provveduto all'approvazione del nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale;

- con Determinazioni n. G0001 del 02/01/2025 e n. G00169 del 10/01/2025 è stato approvato il Catalogo Unico Regionale delle prestazioni specialistiche prescrivibili in attuazione del “Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale”; approvato con DGR n.1187 del 30 dicembre 2024;
- 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*”;
- il Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107, recante: “*Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. Decreto-Legge - Programma straordinario per la riduzione dei tempi delle liste di attesa anno 2024*”, all’articolo 3, comma 10, prevede che, nell’eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità individuate nel Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021 non possano essere rispettati, le direzioni generali aziendali garantiscono l’erogazione delle prestazioni richieste, in via prioritaria e principale, attraverso l’utilizzo delle prestazioni aggiuntive, in via subordinata attraverso l’attività libero-professionale intramuraria e da ultimo attraverso il ricorso al sistema privato accreditato;
- le Aziende Sanitarie hanno adottato specifici provvedimenti relativi a progetti di abbattimento delle liste di attesa delle prestazioni critiche di specialistica ambulatoriale, adottati in attuazione del citato D.L. n. 73/2024, conv. con mod. dalla L. n. 107/2024;
- con DGR n. 777 del 10 ottobre 2024, avente ad oggetto “*Attuazione art. 3 Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73 convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107 : “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. Decreto-Legge” - Programma straordinario per la riduzione dei tempi delle liste di attesa anno 2024*”, la Regione Lazio, al fine di dare attuazione alla normativa richiamata, ha introdotto ulteriori misure e fissati puntuali principi volti a garantire la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie, al fine di superare le criticità connesse all'accessibilità e alla fruibilità delle prestazioni e assicurare l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, nonchè ha provveduto all’assegnazione del relativo budget ad ogni Azienda Sanitaria;
- con la DGR n. 198 del 03 aprile 2025, avente ad oggetto “*Attuazione art. 3 Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73 convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107 : “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. Decreto-Legge” - Programma*

straordinario per la riduzione dei tempi delle liste di attesa anno 2025”, la Regione Lazio, al fine di dare attuazione alla normativa richiamata, ha attivato, anche per l’anno 2025, delle ulteriori misure volte a garantire la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie, al fine di superare le criticità connesse all’accessibilità e alla fruibilità delle prestazioni e assicurare l’erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, nonchè ha provveduto all’assegnazione del relativo budget ad ogni Azienda Sanitaria;

- con Deliberazione n. _____ del _____, l’Azienda Sanitaria ha assegnato alle singole strutture private accreditate che si sono rese disponibili a partecipare al progetto per l’abbattimento delle liste d’attesa il “budget dedicato” per l’anno 2025, individuando per ogni struttura l’elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale da acquistare ai fini del raggiungimento degli obiettivi del richiamato progetto, di cui alla DGR n. xx del xxx;

- l’Azienda Sanitaria ha individuato le prestazioni di specialistica ambulatoriale da acquistare ai fini del raggiungimento degli obiettivi del progetto per l’abbattimento delle liste d’attesa, tra quelle presenti nel “*contenitore di garanzia*” di cui alla DGR n. xx del xxx;

- per “*budget dedicato*” si intende il budget assegnato – una tantum e non storicizzabile – dalle Aziende Sanitarie alle singole strutture private accreditate per l’erogazione, esclusivamente, delle prestazioni riportate nell’**Allegato 1** al presente accordo e parte integrante dello stesso, denominato “*Elenco prestazioni di specialistica ambulatoriale*”;

- 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. 1186/2024 e s.m.i., 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 e s.m.i., 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 (**Allegato B**), e da ultimo in relazione a quanto stabilito dalla citata DGR n. xx del xxx, avente ad oggetto “*Attuazione art. 3 Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73 convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107 : “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. Decreto-Legge” - Programma straordinario per la riduzione dei tempi delle liste di attesa anno 2025*”, ;

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 “**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;
 - i) 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**);

- j) 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;
- k) 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. n. 446566 del 24/04/2023 e s.m.i.;
- l) 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. 12.

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 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;

- I) 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;

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 ostative 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 oppure oggetto e finalità

1. Il presente accordo/contratto regola l'erogazione, da parte della Struttura, esclusivamente, delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, così come individuate e riportate nell'**Allegato 1**, parte integrante e sostanziale del presente accordo.

2. La Struttura accetta integralmente il contenuto dell'**Allegato 1** denominato "*Elenco prestazioni di specialistica ambulatoriale*".

3. La Struttura assicura, per l'anno 2025, la messa a disposizione delle proprie agende sul Sistema Integrato ReCup per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale contenute nell'**Allegato 1** del presente accordo; in caso di mancata accettazione da parte dei cittadini dei nuovi appuntamenti proposti, le disponibilità delle agende rimaste libere torneranno nella piena visibilità del Sistema Regionale ReCup e potranno essere utilizzate per nuovi appuntamenti.

Art. 6 – Corrispettivo e Durata

1. L'importo complessivo per l'anno 2025 riconosciuto alla Struttura per le prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui al presente accordo/contratto è di € _____ (“*budget dedicato liste attesa*”), tetto massimo invalicabile/non superabile, comprensivo di IVA ove applicabile.
2. Sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la configurazione di accreditamento e con la normativa vigente, nonché in base al Piano Aziendale di recupero delle liste d'attesa di cui alla DGR n.198 del 3 aprile 2025, individuate dalla Azienda Sanitaria territorialmente competente tra quelle presenti nel “*contenitore di garanzia*” e riportate nell'**Allegato 1** del presente accordo/contratto, denominato “*Elenco prestazioni di specialistica ambulatoriale*”.
3. Il “budget dedicato liste attesa” assegnato con il presente accordo/contratto è dedicato esclusivamente alla remunerazione del volume incrementale di prestazioni di specialistica ambulatoriale, erogate nell'anno 2025, in favore di cittadini “*fuori soglia*”.
4. La durata del presente accordo/contratto decorre a far data dal _____ fino al 31/12/2025
5. È escluso il rinnovo tacito. L'Azienda Sanitaria, previo assenso scritto della Regione, si riserva la facoltà di prorogare il presente accordo/contratto nei limiti e nel rispetto del budget aggiuntivo assegnato con la Deliberazione ASL n. ____ del _____ 2025.

Art. 7 -Flussi informativi, prescrizione dematerializzata e rischio clinico

1. La Struttura è tenuta ad inserire tutti i flussi informativi relativi alle prestazioni oggetto del presente Accordo/contratto sul Sistema informativo Regionale SIASXL secondo le indicazioni che verranno fornite dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria.
2. La struttura è tenuta a comunicare per iscritto alla ASL di competenza il raggiungimento del *budget dedicato* alle liste di attesa assegnato.
3. 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.
4. 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.
5. Nell'ambito del *budget dedicato* alle liste di attesa 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 specialistico.

6. La struttura è tenuta a mettere a disposizione le agende relative alle prestazioni di cui all'**Allegato 1** del presente *accordo/contratto*, denominato “*Elenco prestazioni di specialistica ambulatoriale*” esclusivamente sul Sistema Integrato Regionale ReCup, e ad organizzarle sulla base delle indicazioni ricevute dall'Azienda Sanitaria;
7. 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.
8. 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 non potranno essere remunerate e pagate.
9. 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.
10. 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, 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 specialistica ambulatoriale, anche effettuate in regime privatistico. L'inosservanza delle disposizioni del

presente comma costituisce grave inadempimento ai sensi del successivo art. 8 ed è causa di risoluzione del presente contratto.

11. 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 (*Allegato A*).
12. 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.
13. 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.
14. 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 predispone 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.

15. 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 (**Allegato A**) e dalla Disciplina Uniforme (**Allegato 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.

Art. 8 - 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 e, 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. 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.
4. 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.
5. 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. La sottoscrizione del contratto comporta l’autorizzazione agli erogatori della Responsabilità del trattamento dei dati, ai sensi dell’art. 28 del GDPR.

6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Si rinvia alle disposizioni di cui al precedente articolo 7, comma 10.
10. 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. 9 – Modalità di fatturazione , liquidazione e termini per il pagamento della remunerazione

1. La Struttura dovrà emettere una fattura, con cadenza mensile, secondo le procedure indicate nella “*Disciplina Uniforme sulle modalità di fatturazione e pagamento*” (**Allegato B**), parte integrante del presente accordo/contratto di budget.
2. Con riferimento alle modalità di fatturazione, il Sistema Pagamenti proporrà in automatico una fattura precompilata con l’importo del valore netto da fatturare determinato sulla base dei dati di produzione validati dall’Azienda Sanitaria competente.
3. La fattura, pena l’impossibilità di procedere alla liquidazione della stessa, dovrà necessariamente riportare il riferimento al progetto straordinario di recupero delle liste di attesa, secondo le indicazioni che verranno fornite dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria.
4. 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 (**Allegato A**). Oltre i predetti termini e fuori dalle suindicate modalità, le prestazioni non verranno accettate dai sistemi e,

quindi, non verranno valorizzate.

5. 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 dalla ASL di riferimento, sulla base delle Linee Guida regionali.
6. 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 6;
- 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. La struttura dovrà provvedere all'emissione delle note di credito entro e non oltre 60 gg. dal ricevimento della richiesta.
8. Nel caso di mancata emissione delle note di credito nel termine suindicato, la ASL di competenza procederà ad emettere note di debito che saranno compensate sulle fatture utili della struttura stessa.
9. La mancata emissione delle note di credito relative 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.

Art. 10 - 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. 11 - 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, Allegato 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. 12 – 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 7, commi 9 e 10, in materia di Fascicolo sanitario elettronico e di trasmissione e gestione dei dati sanitari e dei flussi informativi;
 - f) violazione dell'articolo 7, comma 14, in materia di dati inerenti il rischio clinico e le obbligazioni derivante dalla L. n. 24/2017 e s.m.i.;
 - g) violazione del precedente art. 10, in materia di cessione dell'accordo/contratto;
 - h) violazione del precedente art. 11, in materia di cessione dei crediti, nonché delle disposizioni di cui al regolamento allegato al presente contratto e parte integrante dello stesso (**Allegato B**);
 - i) violazione del successivo art. 14, 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.

Art. 13 – 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 (trenta) 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. 14 - 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. 12, lett. i), e comunque non sarà sottoscrivibile per l'altra.

Art. 15 - 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. 16 - 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 (**Allegato 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 (**Allegato B**),

Art. 17 – 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. 18 – 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. 19 - 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. 20 - 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) Corrispettivo e Durata; 7) Flussi informativi, prescrizione dematerializzata e rischio clinico; 8) Requisiti e modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie - Privacy; 9) Modalità di fatturazione, liquidazione e termini per il pagamento della remunerazione; 10) Cessione dell'accordo/contratto; 11) Cessione dei crediti; 12) Risoluzione dell'accordo/contratto e recesso; 13) Controversie; 14) Clausole di salvaguardia; 15) Immodificabilità dell'accordo/contratto.

Roma, _____

La ASL

La Struttura

Allegato tecnico**Indicazioni operative per la trasmissione e validazione dei flussi relativi all'attività sanitaria resa dalle strutture pubbliche e private e per l'ordinazione e fatturazione dei relativi crediti.****Premessa**

Si riportano di seguito le indicazioni operative in materia di trasmissione, validazione, ordinazione e fatturazione delle attività sanitarie, sia ospedaliere che territoriali, funzionali a consentire alle strutture sanitarie (pubbliche e private) e alle Aziende Sanitarie Locali il rispetto dei termini di cui alla nota prot. n. 1265602 del 7 novembre 2023. Le indicazioni che seguono sono sostitutive, per i flussi richiamati e nelle parti differenti, a quanto ad oggi in vigore.

1. Attività di ricovero per acuti e di lungodegenza medica**1.1. Trasmissione e validazione delle SDO**

- 1.1.1. La trasmissione delle SDO in SIOXL da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private è continuativa. Ai fini della valorizzazione, la scadenza per l'invio delle SDO è fissata entro il 10° giorno del mese successivo a quello di dimissione. Nel caso in cui il 10° giorno del mese successivo di cui sopra cada in un giorno festivo, la scadenza viene posticipata al giorno lavorativo successivo. Non saranno valorizzate tutte le SDO inviate oltre il 10° giorno del secondo mese successivo a quello di dimissione¹.
- 1.1.2. L'eventuale correzione dei dati delle SDO già trasmesse, acquisite e validate è sempre consentita nel rispetto delle regole per la richiesta di cancellazione della validazione, come pure eventuali trasmissioni di SDO mancanti dei mesi precedenti. La scadenza per l'invio delle correzioni e/o delle SDO mancanti che verranno valorizzate nei report di produzione è fissata entro il 10° giorno del secondo mese successivo a quello di dimissione;
- 1.1.3. La SDO trasmessa oltre i termini di cui al punto 1.1.1 e 1.1.2, è classificata come "ritardo". La SDO classificata in "ritardo" è acquisita dal sistema informatico SIOXL ai fini statistici-epidemiologici e non valorizzata economicamente, ossia valorizzata con importo pari a € 0, per il riconoscimento della relativa remunerazione;
- 1.1.4. Le indicazioni fornite al punto 1.1.1 e 1.1.2, ai fini della valorizzazione della dimissione, valgono per tutte le tipologie di dimissione indicate nella SDO. Le tipologie dimissione '5' (decesso), '6' (dimissione protetta) e '8' (in attesa di completamento dell'iter diagnostico)

¹ A titolo di esempio, la SDO con data dimissione 5/2/XX sarà valorizzata sino alla data di invio del 10/4/XX a differenza dell'attuale regola che consente la valorizzazione per invio sino al 30/4/XX.

oltre ai termini di cui al punto 1.1.1 e 1.1.2 saranno valorizzate a consuntivo, in considerazione della specificità della casistica del ricovero;

1.1.5. Entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello delle dimissioni è fissata la scadenza per l'invio annuale delle SDO di competenza (inclusa quella relativa al mese di dicembre), propedeutica alla chiusura dell'archivio annuale. Il termine ultimo per la validazione è fissato al 5 febbraio dell'anno successivo a quello delle dimissioni.

1.1.6. La validazione delle SDO è effettuata dalle Aziende Sanitarie Locali tra il 10 e il 15 del mese successivo a quello di invio. La validazione rende il dato inviato dagli erogatori definitivo. Eventuali correzioni di SDO validate possono essere effettuate entro il giorno 10 del secondo mese successivo a quello di dimissione attraverso la funzione in SIOXL "Annulla Validazione". Oltre tale termine la sostituzione di record acquisiti agli archivi regionali deve essere motivata da cause eccezionali e straordinarie e la richiesta formale deve essere inoltrata agli uffici regionali motivandola. La procedura corretta di richiesta deve indicare caratteristiche e singola casistica per cui l'Azienda Sanitaria Locale autorizza l'annullamento (numero progressivo di ricovero, mese di acquisizione definitiva agli archivi regionali, la tipologia di errore, il campo errato, il valore da sostituire, il valore ricodificato, le eventuali variazioni degli importi teorici conseguenti alla variazione). L'acquisizione della correzione con risvolti nel report di produzione segue quanto già indicato al punto 1.1.1, 1.1.2 e 1.1.3.

1.1.7. Per le SDO relative a prestazioni di lungodegenza rimane confermata la rilevazione di tutti i ricoveri nella specialità codice 60 ancora in essere alla data del 31/12 di ogni anno. Nei tempi definiti al punto (1.1.1), per i ricoveri in essere, dovrà essere trasmessa una SDO con l'indicazione convenzionale del 31/12/XXXX come data dimissione e tipologia dimissione "A" (Lungodegenti presenti al 31/12). Questa SDO convenzionale non è soggetta a valorizzazione. Al momento della dimissione effettiva, nel corso dell'anno successivo, il record corrispondente dovrà essere trasmesso come sempre, con la data e la tipologia di dimissione reali e verrà valorizzato. Resta valida la regola per la quale, se al momento della trasmissione della dimissione effettiva non risulta la trasmissione al 31/12 della corrispondente SDO convenzionale, la valorizzazione del ricovero sarà zero.

1.2. Emissione dell'ordine elettronico (indicazioni operative per le strutture private accreditate)

1.2.1. L'ordine elettronico viene emesso dall'Azienda Sanitaria Locale a partire dal 16° giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni e non oltre il 21° giorno, solo a seguito della validazione delle attività di cui al punto 1.1.6. Nel caso in cui il 16° giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni cada in un giorno festivo, l'emissione dell'ordine viene posticipato al primo giorno lavorativo utile. L'ordine viene emesso per ogni tipologia di prestazione (es. Ricovero per acuti, Ricovero in Lungodegenza medica) e per l'importo delle prestazioni validate sul sistema SIOXL. Il particolare, l'ordine elettronico viene emesso di tipo 220 OF (Ordine di fatturazione). Per maggiori dettagli si rimanda alle Regole Tecniche Ministeriali pubblicate sulla pagina web del sito della Ragioneria Generale

dello Stato, alle “Indicazioni operative regionali” approvate con la DGR n. 1052/2020 e alle diverse circolari attuative emanate dall’Amministrazione regionale.

1.3. Emissione della fattura (indicazioni operative per le strutture private accreditate)

1.3.1. La fattura viene emessa dalla struttura privata accreditata solo a seguito della ricezione dell’ordine elettronico di cui al punto 1.2.1. La fattura viene emessa, per ogni tipologia di prestazioni, secondo le procedure di fatturazione vigenti, riportando la tripletta dell’ordine elettronico emesso dall’Azienda Sanitaria Locale. La fattura riporta l’importo validato dall’Azienda Sanitaria Locale sul sistema SIOXL e, pertanto, ordinato dalla suddetta Azienda Sanitaria. Per maggiori dettagli si rimanda alle circolari attuative emanate dall’Amministrazione regionale in materia di fatturazione delle prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR.

1. Attività di ricovero in riabilitazione post-acuzie

2.1. Trasmissione delle SDO

2.1.1. I record riferiti alla sezione accettazione devono essere inseriti entro 15 giorni dalla data di ricovero. Oltre a tale termine non è possibile inserire sul sistema RAD-R i record riferiti alle suddette accettazioni. Le modifiche relative alla sezione accettazione sono consentite fino alla registrazione della sezione dimissione.

2.1.2. I record riferiti alla sezione dimissione devono essere inseriti entro 15 giorni dalla data di dimissione e non oltre il 15° giorno del secondo mese successivo² a quello di dimissione. In tale caso la corrispondente valorizzazione viene inserita negli importi rendicontabili relativi al mese di competenza, disponibili a partire dal 16° del mese successivo l’invio.

2.1.3. La registrazione delle modifiche relative a record chiusi, già inseriti ed accettati, è effettuata attraverso il flusso ad hoc modifiche; l’invio attraverso tale flusso è sempre consentito mediante l’invio di tutte le sezioni. Le modifiche che producono variazioni nella valorizzazione sono considerate ai fini dell’inserimento nel report fino al 15 del secondo mese successivo a quello della dimissione (anagrafica, accettazione, dimissione):

a. Modifica dati anagrafici: si può trasmettere la variazione di un dato anagrafico attraverso la trasmissione di tutte e tre le sezioni della RADR, in particolare se la variazione riguarda il Codice Identificativo Assistito (fiscale) il sistema genererà un nuovo codice paziente (‘CODPAZ’);

b. Modifica dati accettazione: si può effettuare una modifica dei dati nella sezione accettazione indicando lo stesso progressivo di ricovero del record già inserito da

² A titolo di esempio, la SDO RADR con data dimissione 5/2/XX sarà valorizzata sino alla data di invio del 15/4/XX.

modificare. L'eventuale variazione del codice dell'Onere della degenza in uno di quelli riservati ai cittadini esteri renderà obbligatoria la registrazione della corrispondente sezione FileC;

c. Modifica dei dati della dimissione: si può trasmettere una modifica relativa alla sezione dimissione indicando lo stesso progressivo di ricovero del record già inserito da modificare.

2.1.4. La mancata registrazione di una dimissione in tempo utile per consentire un eventuale ricovero successivo dello stesso paziente in altra struttura nei tempi definiti al punto 2.1.2., dietro richiesta in modalità tracciabile all'Help Desk del flusso RAD-R, può determinare l'inserimento, nella SDO "bloccante" della dimissione amministrativa con la registrazione della sola data di dimissione e senza assegnazione di relativa MDC e tariffa. L'inserimento della dimissione amministrativa lascia inalterato il debito informativo della prima struttura che dovrà quindi procedere alla corretta registrazione della dimissione nei tempi stabiliti al punto 2 e 3 attraverso il flusso modifiche secondo le regole qui stabilite.

2.1.5. I record trasmessi oltre ai termini di cui ai punti 2.1.1, 2.1.2., 2.1.3. sono classificati come "ritardo". La SDO classificata in "ritardo" è acquisita dal sistema informatico RAD-R ai fini statistici-epidemiologici e non valorizzata economicamente, ossia valorizzata con importo pari a € 0, per il riconoscimento della relativa remunerazione;

2.1.6. Le tempistiche definite ai punti precedenti valgono sia per il regime ordinario che per quello DH: il sistema non consente la sovrapposizione temporale di due cicli di DH nella stessa struttura o in strutture differenti.

2.1.7. Entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello delle dimissioni è fissata la scadenza per l'invio annuale delle SDO di competenza (inclusa quella relativa al mese di dicembre), propedeutica alla chiusura dell'archivio annuale.

2.1.8. A partire dalle accettazioni 2024 la trasmissione e acquisizione dei dati nel flusso RAD-R avviene esclusivamente in modalità xml. Pertanto, è abolita la modalità di invio su interfaccia web.

2.2. Emissione dell'ordine elettronico (indicazioni operative per le strutture private accreditate)

2.2.1. L'ordine elettronico viene emesso dall'Azienda Sanitaria Locale a partire dal 16° giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni e non oltre il 21° giorno, solo a seguito della valorizzazione della produzione "provvisoriamente rendicontabile" sul sistema RAD-R di cui al 2.1.2. Nel caso in cui il 16° giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni cada in un giorno festivo, l'emissione dell'ordine viene posticipato al primo giorno lavorativo utile. L'ordine viene emesso per ogni tipologia di prestazione (es. Riabilitazione post-acuzie Cod. 56 in regime di ricovero ordinario, Riabilitazione post-acuzie Cod. 56 in regime di ricovero diurno, ecc.) e per l'importo delle prestazioni risultanti come "rendicontabili" sul sistema informatico RAD-R. Il particolare, l'ordine elettronico viene emesso di tipo 220 OF (Ordine di fatturazione). Per maggiori dettagli si rimanda alle Regole

Tecniche Ministeriali pubblicate sulla pagina web del sito della Ragioneria Generale dello Stato, alle “Indicazioni operative regionali” approvate con la DGR n. 1052/2020 e alle diverse circolari attuative emanate dall’Amministrazione regionale.

2.3. Emissione della fattura (indicazioni operative per le strutture private accreditate)

2.3.1. La fattura viene emessa dalla struttura privata accreditata solo a seguito della ricezione dell’ordine elettronico di cui al punto 2.2.1. La fattura viene emessa, per ogni tipologia di prestazioni, secondo le procedure di fatturazione vigenti, riportando la tripletta dell’ordine elettronico emesso dall’Azienda Sanitaria Locale. La fattura riporta l’importo validato dall’Azienda Sanitaria Locale sul sistema SIOXL e, pertanto, ordinato dalla suddetta Azienda Sanitaria. Per maggiori dettagli si rimanda alle circolari attuative emanate dall’Amministrazione regionale in materia di fatturazione delle prestazioni sanitarie.

3. Prestazioni di specialistica ambulatoriale (tutti gli ambiti, comprese le prestazioni di Dialisi e Radioterapia)

3.1. Trasmissione e validazione delle ricette

3.1.1. L’invio delle accettazioni delle ricette sul sistema SIASXL da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private è consentito fino al 10° giorno del mese successivo al mese di competenza delle prestazioni.

3.1.2. La validazione delle accettazioni delle ricette inviate dalle strutture di cui al punto 3.1.1. viene effettuata dalle Aziende Sanitarie Locali entro il 15° giorno del mese successivo al mese di competenza delle prestazioni. I termini si intendono prorogati al primo giorno seguente non festivo qualora cadano di domenica o altra festività.

Nota bene: I referenti delle Aziende Sanitarie Locali possono monitorare, tramite il “Report di validazione” disponibile sul portale SIAXL, nella sezione “Analisi Dati”, le validazioni in corso.

3.1.3. Eventuali dati di attività non trasmessi o non resi definitivi entro le scadenze di cui al punto 3.1.1. e 3.1.2. possono essere recuperati esclusivamente con l’accettazione del mese successivo, valorizzando il campo “Posizione Contabile” a “2”.

3.1.4. I dati di attività non trasmessi entro i termini di cui ai punti 3.1.1., 3.1.2, 3.1.3 possono essere inviati valorizzando il campo “Posizione Contabile” a “8”. Tale attività viene acquisita nel sistema SIASXL soltanto ai fini statistici epidemiologici, non verrà valorizzata economicamente, ossia valorizzata con importo pari a € 0, ai fini della remunerazione, non generando, pertanto, la fattura sul Sistema Pagamenti.

3.2. Emissione dell’ordine elettronico (indicazioni operative per le strutture private accreditate)

3.2.1. L’ordine elettronico viene emesso dall’Azienda Sanitaria Locale a partire dal 16° giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni e non oltre il 21° giorno, solo a seguito della validazione della produzione sul sistema SIASXL di cui al 3.1.2. Nel caso in cui il 16°

giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni cada in un giorno festivo, l'emissione dell'ordine viene posticipato al primo giorno lavorativo utile. L'ordine viene emesso per ogni ambito (es. Dialisi, Radioterapia, Laboratorio analisi, ecc.) e per l'importo delle prestazioni validate sul sistema SIASXL. Il particolare, l'ordine elettronico viene emesso di tipo 220 OF (Ordine di fatturazione). Per maggiori dettagli si rimanda alle Regole Tecniche Ministeriali pubblicate sulla pagina web del sito della Ragioneria Generale dello Stato, alle "Indicazioni operative regionali" approvate con la DGR n. 1052/2020 e alle diverse circolari attuative emanate dall'Amministrazione regionale.

3.3. Emissione della fattura (indicazioni operative per le strutture private accreditate)

3.3.1. La fattura viene emessa dalla struttura privata accreditata solo a seguito della ricezione dell'ordine elettronico di cui al punto 3.2.1. La fattura viene emessa, per ogni tipologia di prestazioni, secondo le procedure di fatturazione vigenti, riportando la tripletta dell'ordine elettronico emesso dall'Azienda Sanitaria Locale. La fattura riporta l'importo validato dall'Azienda Sanitaria Locale sul sistema SIASXL e, pertanto, ordinato dalla suddetta Azienda Sanitaria. Per maggiori dettagli si rimanda alle circolari attuative emanate dall'Amministrazione regionale in materia di fatturazione delle prestazioni sanitarie.

4. Decorrenza

Le indicazioni sopra riportate si applicano a partire dalle dimissioni con data 1° gennaio 2024.

Alla luce della variazione delle tempistiche sopra indicate e degli obiettivi che ci si pone, non sarà più possibile effettuare ulteriori correzioni sulla produzione al di fuori delle tempistiche surrichiamate, a meno di eventuali comprovati disservizi generati dai sistemi regionali.

5. Consolidamento dati

Viene effettuato il consolidamento dei dati di produzione trimestrali entro la fine del secondo mese successivo alla chiusura di ogni trimestre. Nello specifico, entro la fine dei mesi di maggio, agosto e novembre dell'anno in corso viene reso disponibile il valore della produzione consolidata dei primi tre trimestri dell'esercizio, mentre entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo viene resa disponibile la produzione annuale consolidata.

6. Reportistica aggiuntiva

Viene introdotto sui sistemi informatici SIOXL, RAD-R, SIASXL un report dinamico, aggiuntivo al report statico (dove sono riportati i dati validati alla chiusura del mese di competenza), in cui vengono rappresentati gli aggiornamenti sulla valorizzazione economica delle attività a seguito delle correzioni dei dati e degli invii aggiuntivi effettuati dalle strutture sanitarie pubbliche e private entro i termini consentiti di cui ai precedenti paragrafi.

DISCIPLINA UNIFORME DELLE MODALITA' DI FATTURAZIONE E DI PAGAMENTO DEI CREDITI VANTATI NEI CONFRONTI DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI, DELLE AZIENDE OSPEDALIERE, DELLE AZIENDE OSPEDALIERE UNIVERSITARIE, DEGLI IRCCS PUBBLICI, DELL'AZIENDA ARES 118 E DELLA FONDAZIONE POLICLINICO TOR VERGATA

Art. 1 – Definizioni e allegati

1.1 Salvo quanto diversamente indicato nel presente regolamento, 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:

“Aziende Sanitarie”: le Aziende Sanitarie locali, le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliere Universitarie, gli IRCCS pubblici, l'Azienda ARES 118 e della Fondazione Policlinico Tor Vergata.

“Strutture”: i soggetti giuridici assoggettati 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).

“Fornitore/Prestatore di beni e servizi”: i soggetti che forniscono beni o prestano servizi in favore delle Aziende Sanitarie.

“Farmacie convenzionate”: soggetti convenzionati con il SSN, che vantano crediti commerciali inclusi in DCR, di cui al rigo 19-bis, 19-ter, 19-quater e 19-sexies della DCR e/o altre forniture;

“Parte privata”: la Struttura o la Farmacia convenzionata, o il Fornitore/Prestatore di beni e servizi che intrattiene rapporti con le Aziende Sanitarie sulla base di specifici accordi o contratti.

“Contratto”: il negozio giuridico (accordo o contratto), e i relativi atti amministrativi ad esso presupposti e collegati, che legittima l'erogazione delle prestazioni sanitarie, da parte delle Strutture provvisoriamente o definitivamente accreditate, nelle varie tipologie assistenziali, nonché la fornitura di beni e/o servizi da parte dei Fornitori/Prestatori di beni e servizi, insorto con le Aziende Sanitarie a far data dalla pubblicazione del Decreto del Commissario *ad acta* per il Piano di Rientro dal disavanzo sanitario che adotta il presente regolamento.

“Crediti”: i crediti derivanti dal Contratto, come definito nel punto precedente, relativi ai documenti contabili emessi nei confronti delle Aziende Sanitarie, in conformità alla normativa vigente, ad eccezione di quelli esplicitamente esclusi dal presente regolamento.

“Fattura”: indica i documenti emessi dalla Parte privata sia in formato elettronico (FatturaPA), ai sensi dell'articolo 21, comma 1, del DPR 633/72 e s.m.i., sia in formato non elettronico, ovvero telematico, tramite il Sistema Pagamenti.

“Fattura di Acconto”: indica la Fattura mensile emessa, ove spettante, dalla Parte privata in formato

elettronico ai sensi della normativa vigente e gestita obbligatoriamente attraverso il Sistema Pagamenti, avente ad oggetto l'importo relativo alle **funzioni assistenziali-ospedaliere, di cui al comma 2 dell'art. 8 sexies del D.lgs. 502/1992 e s.m.i., 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., alla distribuzione dei farmaci (File F), prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nell'ambito della Rete di Emergenza e Urgenza per accessi non seguiti da ricovero**, valorizzata con un importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore previsto per l'anno di riferimento come finanziamento riconosciuto per i maggiori costi sostenuti per lo svolgimento di funzioni assistenziali ospedaliere, e/o da un importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore previsto quale finanziamento per i maggiori costi sostenuti per lo svolgimento delle funzioni di didattica e di ricerca connesse ad attività assistenziali indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio, e/o da un importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore riconosciuto quale rimborso per la distribuzione dei farmaci (File F) indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio;

Tale Fattura potrà essere emessa dalla Struttura dall'ultimo giorno del mese a cui si riferisce l'acconto (si precisa che le suddette quote percentuali sono definite negli accordi/contratti di budget).

“Fattura di Saldo”: indica la Fattura emessa, ove spettante, dalla Struttura in formato elettronico ai sensi della normativa vigente, e gestita obbligatoriamente attraverso il Sistema Pagamenti, avente ad oggetto l'importo relativo allo **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., per la distribuzione di farmaci (File F), nonché sul totale degli accessi al P.S., non seguiti da ricovero, valorizzata, con un importo pari al saldo, comunicato dalla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, 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 e/o per le funzioni di didattica e ricerca, ferma restando l'eventuale rendicontazione di costi sostenuti laddove previsto dalla normativa vigente, e/o sul totale dell'effettivo valore riconosciuto per la distribuzione diretta dei farmaci (File F) effettuata nell'anno di riferimento, al netto dell'importo delle Fatture di Acconto emesse nel corso dell'anno di riferimento e degli abbattimenti applicati in esito ai controlli automatici e/o esterni sul complesso delle prestazioni erogate dalla Struttura, nel caso non ancora recuperati. Tale Fattura è 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.

“Sistema di Interscambio” (di seguito **SDI**): sistema informatico, gestito dall'Agenzia delle Entrate, in grado di a) ricevere le fatture sotto forma di file con le caratteristiche della FatturaPA; b) effettuare controlli sui file ricevuti; c) inoltrare le fatture verso le amministrazioni pubbliche destinatarie, o verso cessionari/committenti privati.

“Sistema Pagamenti”: il sistema informatico, gestito da LazioCrea, finalizzato alla dematerializzazione del processo e al monitoraggio dell'intero ciclo passivo delle Aziende Sanitarie,

dalla fase di sottoscrizione degli accordi/contratti di budget e/o di trasmissione dell'ordine elettronico fino alla fase di chiusura contabile dei crediti, nonché finalizzato alla ottimizzazione del pagamento delle Fatture del SSR, che consente, anche attraverso l'integrazione con lo SDI, la gestione delle fasi e dei dati oggetto del presente regolamento. Tale sistema è raggiungibile al seguente link <https://regione.lazio.it/enti/salute/sistema-pagamenti-ssr>.

“Data Consegna Fattura”: è la data di rilascio, da parte del Sistema di Interscambio della ricevuta di consegna, secondo quanto previsto al paragrafo 4 dell'allegato B al DM 55/2013, che rappresenta la data di riferimento per il calcolo dei termini previsti per la liquidazione/certificazione e il pagamento delle fatture gestite tramite il Sistema Pagamenti a seguito dall'entrata in vigore della norma che regola la Fatturazione Elettronica.

“Liquidazione”: è la procedura amministrativa effettuata dagli uffici competenti dell'Azienda Sanitaria al fine di verificare, ai sensi della normativa vigente, la correttezza formale e sostanziale del Credito risultante dall'accertamento della conformità dei beni, dei servizi e delle prestazioni ricevuti e fatturati rispetto a quelli richiesti e ordinati, nonché la regolarità amministrativo contabile delle fatture stesse, e, nel caso delle Strutture, la conformità delle prestazioni al titolo di autorizzazione e di accreditamento, nel rispetto del limite massimo di finanziamento, a completamento delle procedure di accertamento nei termini indicati dalla Determinazione dirigenziale n. D1598 del 07 giugno 2006, dalla Determinazione dirigenziale n. D2804 del 2007 e ss.mm.ii. nonché da ogni altra disposizione nazionale e regionale.

“Certificazione”: attestazione del Credito come certo, liquido ed esigibile, a fronte della Liquidazione della Fattura, anche in caso, ove previsto, di Fattura di Acconto e di Fattura di Saldo, effettuata dagli uffici competenti dell'Azienda Sanitaria, rappresentata sul Sistema Pagamenti dalle Fatture, o parte di esse, poste in stato “Liquidata” con generazione dell'**Atto di Certificazione**.

“Atto di Certificazione”: il report, in formato pdf, visualizzato dalla Parte privata e dall'eventuale Cessionario nel Sistema Pagamenti, contenente l'elenco delle Fatture oggetto di Liquidazione con specificazione dell'importo di ciascun Credito Certificato, con tale importo intendendosi l'importo, in linea capitale totale o parziale, certificato per ciascuna Fattura.

“Data di Pagamento”: l'ultimo giorno del mese in cui cade il 60° giorno dalla **Data Consegna** della relativa Fattura, entro cui l'Azienda Sanitaria procederà, al pagamento dei Crediti Certificati tramite l'Istituto tesoriere.

“Cessionari e/o Mandatari all'Incasso”: indica i Cessionari *pro-soluto* o *pro-solvendo* e/o i Mandatari all'Incasso dei Crediti derivanti dal Contratto, che devono accettare anch'essi, espressamente e integralmente nell'Atto di Cessione o nel Mandato all'incasso, i termini e le condizioni del presente regolamento.

“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 del DCA 504/2017 s.m.i., attraverso l'utilizzo del

Sistema Pagamenti, secondo le disposizioni del presente regolamento. Le Fatture possono assumere, ai fini del presente regolamento, i seguenti stati:

“Ricevuta”: è lo stato in cui si trova la Fattura inviata al Sistema Pagamenti da parte dello SDI, a seguito dell’esito positivo dei controlli da quest’ultimo effettuati.

“Prelevata”: è lo stato in cui si trova la Fattura dopo il suo prelevamento dal Sistema Pagamenti da parte dell’Azienda Sanitaria.

“Registrata”: è lo stato in cui si trova la Fattura dopo la registrazione in contabilità da parte dell’Azienda Sanitaria.

“Respinta”: è lo stato in cui si trova la Fattura a seguito di rifiuto da parte dell’Azienda Sanitaria, a fronte di irregolarità formali della stessa. In questo caso, la Parte privata avrà la possibilità di rettificare i dati irregolari e/o erronei presenti nella Fattura Respinta, trasmettendo una nuova fattura debitamente corretta, recante la stessa data e lo stesso numero di documento di quella che si intende rettificare.

“Bloccata”: è lo stato in cui si trova la Fattura, o parte di essa, a seguito di un **blocco motivato** (secondo le prescrizioni dell’Anagrafica di blocco di cui al DCA n. 97/2017 e s.m.i., che forma parte integrante e sostanziale del presente regolamento, presente nella sezione documentale della piattaforma regionale) da condizioni che ostacolano la procedura di Liquidazione e di Certificazione da parte dell’Azienda Sanitaria di competenza, ovvero la riscontrata inadempienza a seguito di verifica effettuata ai sensi dell’art.48-bis del DPR 602/73 e/o a seguito di verifica ai sensi del D.M. 24 ottobre 2007.

“Liquidata”: è lo stato in cui si trova la Fattura, o parte di essa, al termine della procedura di Liquidazione e Certificazione effettuata da parte degli uffici competenti dell’Azienda Sanitaria che attesta la Certificazione del Credito.

“In pagamento”: è lo stato in cui si trova la Fattura, o parte di essa, a seguito dell’avvio della procedura di pagamento, con conseguente visualizzazione nel “Report in Pagamento” disponibile nel Sistema Pagamenti. Con l’attivazione di tale stato e la relativa visualizzazione nel “Report in Pagamento”, non è più possibile opporre l’eventuale cessione del Credito/mandato all’incasso all’Azienda Sanitaria o effettuare una variazione attinente alle coordinate bancarie.

“Pagata”: è lo stato in cui si trova la Fattura, o parte di essa, una volta effettuato il bonifico da parte del Tesoriere, con conseguente visualizzazione nel “Report Pagato” disponibile nel Sistema Pagamenti.

“Chiusa”: è lo stato in cui si trova la Fattura, o parte di essa, a seguito delle scritture contabili di chiusura effettuate dalla Azienda Sanitaria a fronte di pagamenti o di storno totale-parziale generato da collegamento con note di credito.

Art. 2 – Oggetto e finalità del regolamento

2.1 Il presente regolamento disciplina in maniera uniforme la procedura e le modalità di fatturazione, trasmissione, Liquidazione, Certificazione e pagamento delle Fatture oggetto dei Contratti, come qui

definiti, gestite obbligatoriamente attraverso il Sistema Pagamenti.

2.2 Il presente regolamento si applica a tutti gli accordi, contratti e negozi giuridici tra una Parte privata e una o più Aziende Sanitarie, insorti a far data dalla pubblicazione del Decreto del Commissario *ad acta* per il Piano di Rientro dal disavanzo sanitario che adotta il presente regolamento.

2.3 Per adempiere a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di fatturazione elettronica, il Sistema Pagamenti ha il ruolo di intermediario delle Aziende Sanitarie per ricevere e veicolare dal/al Sistema di Interscambio tutte le Fatture emesse nei confronti delle Aziende stesse.

2.4 Le Aziende Sanitarie hanno la competenza esclusiva in ordine alla Liquidazione e Certificazione dei Crediti derivanti da Fatture oggetto dei Contratti definiti ai sensi del presente regolamento.

2.5 La Parte privata e l'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso, da un lato, e le Aziende Sanitarie, dall'altro, con la sottoscrizione del Contratto accettano pienamente il contenuto del presente regolamento, che ne forma parte integrante.

2.6 La Regione prende atto delle intese raggiunte tra le Aziende Sanitarie, la Parte privata e l'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso e partecipa con un ruolo di coordinamento demandando a LazioCrea la funzione di supporto tecnico, monitorando che il procedimento di pagamento avvenga in modo uniforme; la Regione e LazioCrea operano senza accollo di debito, senza prestare alcuna garanzia e senza assumere alcun impegno, né diretto né indiretto, o a titolo di garanzia, in relazione ai pagamenti stessi, quale azione dovuta a seguito della Certificazione del Credito.

Art. 3 – Manifestazione di volontà e ammissibilità dei crediti

3.1 Il Fornitore/Prestatore di beni e servizi e/o Struttura, prima dell'emissione della Fattura, provvede alla propria registrazione nel Sistema Pagamenti nonché alla sottoscrizione, tramite firma digitale, di apposita dichiarazione che attesti l'avvenuta accettazione del presente regolamento.

3.2 A seguito del ricevimento della Fattura da parte dell'Azienda Sanitaria, i Crediti, ad eccezione di quelli indicati al successivo punto 3.3, saranno regolati secondo i termini di Certificazione e pagamento previsti al successivo art. 4, purché siano rispettate le seguenti condizioni:

(i) le Fatture siano emesse nei confronti dell'Azienda Sanitaria con la quale intercorre il rapporto giuridico;

(ii) i Crediti siano nella esclusiva ed incondizionata titolarità della Parte privata o del Cessionario, ove sia intervenuta la cessione, e gli stessi non siano stati a loro volta oggetto di mandati all'incasso, pegno, sequestro, pignoramento o altri diritti o vincoli da parte della Parte privata e/o del Cessionario in favore di terzi, né siano soggetti ad altre pattuizioni contrattuali con soggetti terzi che, in qualsivoglia modo, ne possano impedire - o condizionare - la libera disponibilità da parte della Parte privata e/o del Cessionario;

(iii) siano rispettate le procedure previste dal presente regolamento per l'invio all'Azienda Sanitaria delle Fatture relative ai Crediti.

3.3 L'Azienda Sanitaria, la Parte privata e/o il Cessionario e/o il Mandatario all'incasso si danno

reciprocamente atto che sono esclusi dalla disciplina del presente regolamento i Crediti:

i. derivanti da Fatture relative a prestazioni non finanziate attraverso il Fondo Sanitario (es. fatture derivanti da prestazioni socio-assistenziali, fatture derivanti da attività socio-sanitaria di competenza dei Comuni);

ii. derivanti da Fatture relative a prestazioni di beni e servizi acquisiti a fronte di finanziamenti a destinazione vincolata e quindi non finanziate attraverso il Fondo Sanitario (es. le fatture finanziate in c/capitale, le fatture finanziate con fondi delle Aziende Sanitarie, le fatture finanziate con fondi Ministeriali, ecc.), che dovrà essere comunque gestita attraverso il Sistema Pagamenti unicamente quale strumento di trasmissione nei confronti dell'Azienda Sanitaria competente;

iii. derivanti da Fatture relative a crediti prescritti;

iv. derivanti da Fatture finanziate tramite il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che dovranno essere comunque gestite attraverso il Sistema Pagamenti unicamente quale strumento di trasmissione nei confronti dell'Azienda Sanitaria competente.

Art. 4 – Trasmissione delle Fatture e Procedura di Liquidazione, Certificazione e pagamento dei Crediti

4.1. Le Strutture devono, a pena di inammissibilità, inviare all'Azienda Sanitaria tutte le Fatture relative ai Crediti oggetto dei Contratti, come definiti nel presente regolamento, unicamente in formato elettronico attraverso il Sistema Pagamenti, che effettua per loro conto, in conformità alla normativa vigente, la trasmissione/ricezione nei confronti del Sistema di Interscambio. Il solo invio elettronico risulta sufficiente al fine degli adempimenti fiscali, ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente.

Le Strutture, inoltre, ai fini del completamento delle procedure di accertamento delle prestazioni rese e di Liquidazione delle Fatture, devono emettere una Fattura mensile per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria ed eseguire le procedure indicate nelle disposizioni nazionali e regionali.

4.2 Le Strutture, ai fini dell'emissione delle Fatture nei confronti delle Aziende Sanitarie, devono obbligatoriamente utilizzare il Sistema Pagamenti, secondo le modalità indicate nell'accordo/contratto di budget sottoscritto, che a far data dal 1° gennaio 2017 prevede le seguenti fattispecie:

(A) per le prestazioni erogate in regime di assistenza territoriale, fatturazione in base alla produzione effettivamente erogata nel mese di riferimento;

(B) per le prestazioni erogate in regime di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica, fatturazione in base alla produzione effettivamente erogata nel mese di riferimento;

(C) 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 OBI e per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nell'ambito della Rete di Emergenza e urgenza, fatturazione in acconto e saldo.

4.3 Si specificano di seguito, nel dettaglio, le fattispecie sopra elencate:

(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.) l'emissione di una Fattura mensile per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria, 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), l'emissione di (i) una Fattura mensile per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria, di importo pari alla produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per l'anno di riferimento, (ii) e, ove spettante, 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 OBI e per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nell'ambito della Rete di Emergenza e urgenza per accessi non seguiti da ricovero, l'emissione, di:

- una fattura mensile (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale 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.;

- una fattura mensile (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale 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;

- una fattura mensile (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore riconosciuto alla Struttura per la distribuzione dei farmaci (File F), indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio;

- una fattura mensile (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale 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;

- una fattura mensile (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale 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 summenzionate percentuali sono definite in sede di accordo/contratto di budget. Le suddette Fatture di Acconto potranno essere emesse dalla Struttura dall'ultimo giorno del mese a cui si riferisce l'acconto.

- una fattura (**Fattura di Saldo**), di importo pari al saldo, comunicato dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, 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.d.;

☐ 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.

4.4 I Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Farmacie convenzionate devono, a pena di inammissibilità, inviare alle Aziende Sanitarie tutte le Fatture relative ai Crediti oggetto dei Contratti, come definiti nel presente regolamento, unicamente in formato elettronico, in conformità alla normativa vigente, direttamente nel Sistema di Interscambio, che provvede a sua volta a trasmettere le Fatture al Sistema Pagamenti, oppure in alternativa, attraverso il Sistema Pagamenti, che esegue per loro conto la trasmissione/ricezione nei confronti del Sistema di Interscambio. I soggetti esclusi

dall'applicazione della norma sulla fatturazione elettronica, devono inviare alle Aziende Sanitarie tutte le Fatture relative ai Crediti oggetto dei Contratti, come definiti nel presente regolamento, unicamente in formato telematico mediante l'immissione nel Sistema Pagamenti. In ogni caso, il solo invio elettronico/telematico risulta sufficiente al fine degli adempimenti fiscali, ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente.

4.5 La Parte privata si impegna, in ottemperanza a quanto previsto all'art. 3, commi 3 e 4, del DM del 7 dicembre 2018, recante disposizioni in materia di emissione e trasmissione degli ordini elettronici da parte degli enti del Servizio Sanitario Nazionale, ad indicare in ciascuna Fattura il riferimento dell'ordine d'acquisto elettronico, ovvero, in assenza di tale riferimento il codice di esclusione, così come previsto dalle regole tecniche ministeriali.

4.6 La Struttura potrà procedere con la fatturazione delle prestazioni rese nel rispetto di quanto disposto nel presente regolamento e dal Documento Tecnico di cui alla DGR n. 868/2023, 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. Al fine di facilitare la liquidazione e la certificazione della fattura elettronica, è necessario indicare in ogni documento, ove esistente, il numero e la data del Documento di Trasporto.

4.7 L'Azienda Sanitaria, purché siano state rispettate le condizioni previste all'art. 3, nonché le procedure indicate nel presente regolamento, si impegna a concludere il procedimento di Liquidazione e Certificazione delle Fatture oggetto dei Contratti, **entro il termine di 30 giorni a decorrere dalla Data Consegna Fattura.**

4.8 Nel caso di crediti vantati da Fornitori riferiti ad attività libero-professionali l'Azienda Sanitaria Dovrà **a)** utilizzare il codice blocco e motivazione blocco ai sensi dell'anagrafica regionale (DCA n. 97/2017 e s.m.i.); **b)** una volta ricevuta la rimessa regionale dedicata, procedere al pagamento dell'importo netto nei confronti del Fornitore.

4.9 Successivamente alla Certificazione dei Crediti da parte dell'Azienda Sanitaria, nel caso in cui: **(i)** le relative Fatture, o parte di esse, siano già nello stato "in pagamento", l'Azienda Sanitaria non potrà sollevare, nei confronti della Parte privata, alcuna contestazione in relazione ai Crediti oggetto di Certificazione;

(ii) le relative Fatture risultino cedute nel rispetto di quanto previsto al successivo art. 7, l'Azienda Sanitaria non potrà sollevare, nei confronti dei Cessionari, alcuna eccezione, ivi inclusa l'eccezione di compensazione o sospendere o rifiutare il pagamento ai sensi del presente regolamento, per ragioni connesse all'inadempimento della Parte privata alle proprie obbligazioni contributive, ovvero a quelle derivanti dal presente regolamento, nonché all'inadempimento o ad altra condotta della Parte privata, in relazione ai Crediti vantati dalla stessa nei confronti dell'Azienda Sanitaria, fermo restando quanto previsto al successivo art. 5.

Quanto sopra esposto si applica fatti salvi i casi di sequestro e impregiudicato il diritto dell'Azienda Sanitaria di non certificare i Crediti in caso di irregolarità della Fattura e/o contestazione della

prestazione resa, fermo restando l'obbligo dell'Azienda Sanitaria di dare comunicazione, attraverso l'utilizzo delle apposite funzionalità presenti nei propri sistemi di gestione contabile, in merito alla motivazione della mancata certificazione della stessa entro i termini di cui al precedente punto 4.7.

4.10 L'Azienda Sanitaria, al fine di certificare il Credito, deve inoltre verificare la posizione della Parte privata, secondo quanto disposto dal D.M. 24 ottobre 2007 e dal citato art. 48-bis del DPR 602/73. Nel caso di Cessione del Credito, la Certificazione varrà quale accettazione della Cessione, se comunicata secondo le modalità di cui al successivo art. 7, e l'importo certificato dovrà intendersi, eventualmente, al netto delle somme richieste da Equitalia, ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 18 gennaio 2008, n. 40, ovvero al netto delle somme oggetto di pignoramento presso terzi diversi da Equitalia.

4.11 L'Azienda Sanitaria, terminata la procedura di Liquidazione, procede al pagamento dei Crediti Certificati entro la "*Data di Pagamento*", corrispondente all'ultimo giorno del mese in cui cade il 60° giorno dalla Data Consegna Fattura.

4.12 In caso di pagamento nei termini di cui al precedente punto 4.11 non decorrono interessi, fino alla "*Data di Pagamento*" come definita ai sensi del presente regolamento. Qualora l'Azienda Sanitaria proceda al pagamento dei Crediti Certificati oltre 10 giorni dalla "*Data di Pagamento*" l'Azienda è tenuta a corrispondere alla Parte privata, o all'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso che ne facciano espressa richiesta scritta, gli interessi calcolati al tasso previsto dalla normativa vigente sull'ammontare capitale dei Crediti Certificati, senza capitalizzazione, dal giorno successivo alla "*Data di Pagamento*" fino alla "*Data di effettivo pagamento*". La Parte privata o l'eventuale Cessionario dovranno inviare la richiesta di interessi alla casella accordo.pagamenti@regione.lazio.it supportata dai conteggi, in formato *excel*, in conformità ad un tracciato fornito dall'Azienda Sanitaria e/o dalle Strutture regionali competenti.

4.13 Resta fermo che, qualora la Parte privata risulti inadempiente alle verifiche Equitalia e/o DURC, i termini di cui ai precedenti punti 4.7 (Liquidazione e Certificazione) e 4.11 (Pagamento) devono intendersi sospesi durante il tempo previsto per l'espletamento delle procedure Equitalia e/o DURC. Il periodo finalizzato all'esecuzione delle verifiche contributive e fiscali sarà escluso dal conteggio degli interessi di cui al comma precedente, in quanto trattasi di "*giorni di sospensione*" dei termini sopra indicati derivanti da "*cause non imputabili*" all'Azienda Sanitaria.

4.14 Al fine di consentire alla Parte privata di regolarizzare eventuali situazioni di inadempienza risultanti dalle verifiche effettuate per l'espletamento delle suddette procedure, sarà inviata specifica comunicazione che segnala lo stato di inadempienza comunicato da Equitalia S.p.A. e/o dagli Enti previdenziali.

Art. 5 – Rettifiche, recuperi e compensazioni

5.1 Qualora l'Azienda Sanitaria abbia proceduto ad un'erronea Certificazione, la stessa deve procedere

alla rettifica degli importi Certificati e/o pagati erroneamente, procedendo con la compensazione sulle prime Fatture utili liquidabili ma non ancora oggetto di Certificazione, dandone debita comunicazione alla Parte privata; in mancanza di Fatture utili liquidabili, l'Azienda Sanitaria deve procedere alla richiesta di restituzione delle somme erroneamente percepite dalla Parte privata.

5.2 Qualora l'Azienda Sanitaria abbia proceduto a un erroneo pagamento a favore della Parte privata e/o dell'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso, la stessa deve procedere al recupero dei relativi importi, procedendo con la compensazione sui primi pagamenti dovuti al soggetto che ha ricevuto l'erroneo pagamento, il quale riceverà debita indicazione delle fatture sulle quali è stato effettuato detto recupero, fatto salvo quanto previsto al successivo art. 6, punto 6.3.

5.3 Relativamente alle Strutture, qualora a seguito della valorizzazione dei controlli automatici e/o dei controlli esterni, il totale Certificato e/o pagato per l'esercizio di competenza, risulti eccedente il totale riconosciuto per lo stesso esercizio, entro i limiti massimi di finanziamento e al netto degli abbattimenti applicati in esito ai suddetti controlli, successivamente all'effettuazione delle comunicazioni previste dalla normativa vigente, l'Azienda Sanitaria procederà a recuperare eventuali importi Certificati e/o pagati erroneamente a valere sulle prime Fatture utili liquidabili, emesse dalla Struttura, non ancora oggetto di Certificazione, fermo restando quanto previsto al successivo punto 5.4.

5.4 All'esito del procedimento di controllo sulle prestazioni erogate, qualora, effettuate le verifiche, emerga un importo da recuperare, l'Azienda Sanitaria, entro 60 giorni dalla conclusione del procedimento di controllo o, in caso di controlli effettuati dalla Regione, entro 60 giorni dalla ricezione della relativa comunicazione da parte della Regione, relativamente agli importi derivanti dai valori concordati e non concordati tra le parti, richiede alla Struttura l'emissione di una nota di credito e procede al recupero applicando la compensazione con Crediti dovuti, oggetto delle prime Fatture utili emesse dalla Struttura non ancora in stato "*Liquidata*"; in attesa dell'emissione della nota di credito da parte della Struttura, l'Azienda Sanitaria provvede a sospendere, su Crediti dovuti, l'erogazione di importi pari a quelli concordati e non concordati, attraverso l'apposizione dello specifico motivo di blocco sulle prime fatture utili emesse dalla Struttura non ancora in stato "*Liquidata*".

5.5 La Struttura, relativamente agli importi derivanti dall'esito dei controlli, a seguito della richiesta dell'Azienda Sanitaria, deve emettere ed inviare a quest'ultima la nota di credito di cui al precedente punto 5.4, entro e non oltre 60 gg. dalla ricezione della richiesta.

5.6 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.

5.7 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 punto, 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.

5.8 Con riferimento alla mancata emissione delle note di credito relative a crediti derivanti da controlli esterni non concordati, le disposizioni di cui ai precedenti punti 5.6 e 5.7, saranno sospese sino alla conclusione dei procedimenti attivati dinanzi alle Commissioni, all'esito dei quali, pertanto, le suddette disposizioni dovranno essere regolarmente applicate.

5.9 La liquidazione e/o l'avvenuto saldo non pregiudicano in alcun modo la ripetizione di somme che, sulla base dei controlli effettuati sull'attività erogata, risultassero non dovute in tutto o in parte. **5.10** Il recupero delle somme derivante dai controlli (automatici e/o esterni) effettuati sull'attività erogata non può essere soggetto ad alcuna limitazione temporale, salvo i limiti prescrizionali di legge, trattandosi di atto dovuto derivante dall'accertato inadempimento contrattuale della Struttura alla corretta erogazione delle prestazioni sanitarie. Nel caso in cui gli importi da recuperare siano eccessivamente rilevanti e gravosi per la Struttura, l'Azienda Sanitaria potrà pattuire una dilazione, rateizzando le somme; in tal caso verranno applicati gli interessi al tasso legale di cui all'art. 1284 c.c.

5.10 Si precisa che il procedimento di controllo sulle prestazioni sanitarie è suscettibile di determinare il recupero dei relativi valori e delle conseguenti somme entro il periodo prescrizionale di legge successivo all'erogazione delle prestazioni, ferma restando, in ogni caso, la responsabilità di cui all'art. 1218 c.c. e il relativo eventuale obbligo del risarcimento del danno.

Art. 6 – Obblighi della Parte privata e/o del Cessionario e/o Mandatario all'incasso

6.1 La Parte privata e/o l'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso non potranno chiedere alle Aziende Sanitarie, sulla base di disposizioni contenute nei Contratti e/o nei contratti di cessione e/o nei mandati all'incasso, il pagamento di oneri accessori e somme ulteriori rispetto a quelle che saranno dovute ai termini e alle condizioni previste nel presente regolamento.

6.2 La Parte privata e/o l'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso si impegnano a rimborsare sul conto corrente intestato all'Ente incaricato del pagamento del corrispettivo qualsiasi somma non dovuta, per qualsivoglia motivo, che sia stata pagata per errore. Tale rimborso dovrà avvenire entro e non oltre 15 giorni lavorativi dalla data di accredito delle somme non dovute accreditate sul conto corrente della Parte privata e/o dell'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso, specificando nella causale della restituzione il numero dell'ordinativo originario e la rata di pagamento di competenza. La Parte Privata e/o l'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso si impegnano ad inviare apposita comunicazione riferita alla restituzione somme effettuata alla casella di

posta accordo.pagamenti@regione.lazio.it .

6.3 In caso di mancata restituzione nei predetti termini, l'Azienda Sanitaria avrà il diritto di compensare l'importo che deve essere restituito dalla Parte privata e/o dall'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso con i successivi pagamenti dovuti dall'Azienda Sanitaria ad uno di tali soggetti; qualora non sia possibile procedere alla compensazione, la Parte privata e/o l'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso sono tenuti a corrispondere all'Ente incaricato del pagamento del corrispettivo - ogni eccezione rimossa ed in aggiunta al ristoro di ogni spesa o costo (anche legali) sostenuti e/o danno

eventualmente subito - gli interessi sull'importo da rimborsare, calcolati al tasso legale di cui all'art. 1284 c.c., maturati a decorrere dal 15° giorno successivo alla data di ricezione della richiesta di restituzione, inviata a mezzo posta elettronica certificata, sino alla data di effettivo soddisfo.

6.4 Le Fatture emesse dalle Strutture, relative a prestazioni oggetto di accordo/contratto di budget, dovranno essere emesse unicamente in formato elettronico mediante la compilazione delle maschere web previste dal Sistema Pagamenti per la generazione della fattura formato "fattura PA" di cui alla normativa vigente, e dovranno essere trasmesse all'Azienda Sanitaria esclusivamente attraverso il Sistema Pagamenti, che provvederà all'invio/ricezione nei confronti del Sistema di Interscambio.

6.5 Nel caso in cui la Struttura, per qualsivoglia motivo, non rispetti l'obbligo di invio delle Fatture secondo la suindicata procedura, e trasmetta, invece, direttamente attraverso il Sistema di Interscambio all'Azienda Sanitaria una o più Fatture, ad esclusione delle Fatture indicate al precedente art. 3, punto 3.3, non sarà possibile procedere alla Liquidazione/Certificazione e al pagamento delle stesse. Resta inteso che, in tal caso, non saranno dovuti gli interessi di mora.

6.6 Nel caso in cui la Struttura trasmetta all'Azienda Sanitaria una o più Fatture relative ai Contratti, oltre che attraverso il Sistema Pagamenti anche direttamente attraverso il Sistema di Interscambio, sarà considerato quale documento contabile valido esclusivamente quello generato tramite il Sistema Pagamenti, non ritenendo valide le ulteriori Fatture ricevute dal Sistema di Interscambio; in tal caso è facoltà dell'Azienda Sanitaria applicare una penale pari al 5% dell'importo della stessa Fattura.

6.7 La Parte privata e/o l'eventuale Cessionario non possono cedere a terzi, in tutto o in parte, Fatture per interessi maturati e maturandi, spese o altri accessori, ivi incluse note di credito e note di debito, relative ai Crediti, separatamente dall'ammontare capitale dei predetti Crediti. In caso di violazione di tale disposizione, tali soggetti perdono il diritto alla corresponsione di tali interessi (qualora dovuti).

6.8 La Parte privata e/o l'eventuale Cessionario o Mandatario all'incasso si impegnano a rispettare gli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 e s.m.i., in materia di tracciabilità dei flussi finanziari, assumendo a proprio carico tutte le obbligazioni previste dal dettato normativo. In fase di fatturazione, la Parte Privata ha l'obbligo, laddove previsto, di inserire il CIG del contratto in ogni singola fattura emessa in conformità alle indicazioni effettuate dalle Aziende Sanitarie tramite l'emissione dell'ordine elettronico. Il CIG relativo al contratto da cui derivano i crediti ceduti deve essere correttamente riportato anche nel contratto di cessione, al fine di collegare ciascun credito ceduto al relativo CIG.

6.9 I Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Strutture dichiarano nella sezione dedicata del Sistema Pagamenti, mediante sottoscrizione con firma digitale a norma Digit PA, il conto o i conti correnti bancari o postali dedicati, anche non in via esclusiva, per il pagamento dei Crediti oggetto del presente regolamento, nonché procedono ad indicare in ciascuna Fattura unicamente uno di tali conti correnti. Tali conti corrente devono essere intestati ai rispettivi Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Strutture. Nel caso di variazioni intercorse sui conti corrente bancari o postali (a titolo esemplificativo e non esaustivo, variazione filiale, chiusura conto, ecc.) i Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Strutture si impegnano ad aggiornare tempestivamente le indicazioni presenti sul Sistema Pagamenti, secondo le

funzionalità dedicate illustrate tramite la manualistica pubblicata nella sezione documentale della piattaforma regionale.

6.10 I Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Strutture si obbligano ad indicare in ciascun documento da emettere il conto corrente bancario o postale dedicato, anche non in via esclusiva, dichiarato sul Sistema Pagamenti come espressamente previsto nel precedente punto 6.9, nonché a comunicare tramite il Sistema Pagamenti tutte le informazioni relative agli adempimenti e agli obblighi contenuti nel presente regolamento.

6.11 Le Farmacie convenzionate si obbligano ad indicare in ciascuna fattura elettronica il conto corrente bancario o postale dedicato, anche non in via esclusiva, comunicato all'Azienda Sanitaria e censito sul Sistema Pagamenti a seguito delle evidenze informative acquisite tramite la piattaforma DCROnline.

6.12 I Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Strutture si obbligano a dare evidenza, tramite il Sistema Pagamenti, di ogni intervenuta variazione/modificazione soggettiva (a titolo esemplificativo e non esaustivo, cessioni del ramo d'azienda, fusioni, incorporazioni, ecc.), ivi comprese le ipotesi disciplinate dall'art. 116 del D. Lgs. n. 163/2006 e s.m.i.

6.13 La Parte privata è tenuta obbligatoriamente ad osservare il presente regolamento con riferimento a tutti gli accordi, contratti e negozi giuridici insorti con una o più Aziende Sanitarie, a far data dall'entrata in vigore del regolamento stesso, nonché a seguire le procedure tecniche contenute nel Manuale Utente e gli eventuali aggiornamenti dello stesso, di volta in volta pubblicati e disponibili tramite la sezione documentale del Sistema Pagamenti.

6.14 I Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Strutture devono riportare nell'area "Anagrafica e Contratti" del Sistema Pagamenti, gli stessi dati anagrafici e identificativi indicati nel Contratto, che deve aggiornare in caso di intervenute variazioni.

6.15 La Parte privata si impegna a non presentare sulla Piattaforma Elettronica per la Certificazione dei Crediti predisposta dal MEF istanza per la certificazione delle Fatture, qualora le stesse siano state già oggetto di certificazione tramite il Sistema Pagamenti.

Art. 7 – Cessione dei Crediti

7.1 La Parte privata o il Cessionario può cedere o conferire un Mandato all'incasso, agli Istituti di Credito o agli Intermediari Finanziari autorizzati, ovvero a soggetti terzi, i Crediti nella loro esclusiva e incondizionata titolarità, notificando all'Azienda Sanitaria l'atto integrale di cessione o il mandato all'incasso immettendo, nel caso di Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Strutture, copia integrale dello stesso in formato digitale nel Sistema Pagamenti, **entro 5 giorni lavorativi dalla notifica della cessione.**

7.2 Gli atti di cessione e i mandati all'incasso devono essere necessariamente predisposti nel rispetto delle forme previste dalla vigente normativa e devono essere notificati in forma integrale, ivi compreso

l'elenco delle Fatture oggetto di cessione, all'Azienda Sanitaria tramite Posta Elettronica Certificata (PEC), quale sistema di trasmissione telematica con valore legale equiparato ad una raccomandata con ricevuta di ritorno, come stabilito dalla normativa (D.P.R. 11 Febbraio 2005, n.68) 7.3 Gli atti di cessione e i mandati all'incasso devono, altresì, essere trasmessi in formato digitale, mediante l'inserimento degli stessi, nel termine di cui al precedente punto 7.1, nel Sistema Pagamenti, collegando, nel caso di Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Strutture, ciascuna Fattura al relativo atto di cessione o mandato all'incasso.

7.3 Si precisa che in caso di retrocessione o revoca del mandato è obbligo dell'ultimo Cessionario/Mandatario intervenuto liberare le Fatture precedentemente collegate alla cessione/mandato per la quale è stata notificata all'Azienda Sanitaria la retrocessione/revoca stessa, a tal fine è necessario procedere all'immissione, nel Sistema Pagamenti, della copia integrale in formato digitale della documentazione attestante la retrocessione/revoca, nonché selezionando tale documento all'atto di rimozione delle Fatture dalla precedente cessione/mandato. In caso di retrocessione avente ad oggetto crediti già pagati parzialmente sarà obbligatorio segnalare l'elenco dei crediti da retrocedere tramite la casella accordo.pagamenti@regione.lazio.it supportato dalla documentazione attestante la retrocessione.

7.4 Le cessioni/mandati e le retrocessioni/revoche non sono opponibili all'Azienda Sanitaria in caso di mancato collegamento, all'interno del Sistema Pagamenti, di ciascuna Fattura al relativo atto di cessione/mandato all'incasso o alla relativa retrocessione/revoca, ancorché le stesse siano state notificate all'Azienda Sanitaria in conformità alla normativa vigente.

7.5 Resta inteso che non è più possibile cedere o conferire mandato all'incasso e retrocedere o revocare il mandato all'incasso delle Fatture oggetto dei Contratti dal momento in cui risultano elencate nel "Report in Pagamento", disponibile sul Sistema Pagamenti; infatti, dal momento in cui la Fattura assume lo stato "in pagamento", non è più possibile collegarla, sul Sistema Pagamenti, alla cessione/mandato o alla retrocessione/revoca, che, pertanto, non sono opponibili all'Azienda Sanitaria relativamente a tale Fattura.

7.6 Gli atti di cessione e i mandati all'incasso, nonché gli estratti notificati ai sensi del presente articolo, per essere validi, devono contenere obbligatoriamente l'accettazione espressa da parte di ciascun Cessionario o Mandatario all'incasso di tutti i termini del presente regolamento, che devono intendersi vincolanti per lo stesso, ovvero, per ciascun ulteriore Cessionario o Mandatario intervenuto, nell'eventualità di successive cessioni dei crediti stessi a terzi.

7.7 Le cessioni e i mandati all'incasso devono avere ad oggetto l'importo capitale non disgiunto da tutti i relativi accessori di legge maturati e maturandi e qualsivoglia costo e/o onere pertinente agli stessi, ivi incluse le note di debito e le note di credito, fatto salvo quanto previsto dalla Legge n. 190/2014 in tema di scissione dei pagamenti.

7.8 Ai fini di una corretta identificazione del titolare del credito, l'Azienda Sanitaria che intenda rifiutare l'avvenuta cessione, deve comunicarlo al cedente e al Cessionario e/o Mandatario all'incasso, anche attraverso il Sistema Pagamenti. L'Atto di Certificazione vale quale accettazione della cessione

e, come indicato al precedente art. 4, punto 4.10, l'importo certificato viene riconosciuto, eventualmente, al netto delle somme richieste da Equitalia S.p.A. ovvero oggetto di pignoramento presso terzi diversi da Equitalia.

7.9 Le Fatture oggetto di cessione, in assenza di pagamento, possono essere considerate insolute da parte dei Cessionari soltanto dopo che siano decorsi 180 giorni dalla data di Certificazione delle stesse.

7.10 In caso di mancato rispetto delle procedure sopra previste, sono considerati liberatori i pagamenti effettuati sulla base dei dati immessi e delle indicazioni presenti sul Sistema Pagamenti.

7.11. Per tutto quanto non disciplinato dal presente regolamento, le modalità e i termini di cessione dei Crediti sono disciplinati dalla normativa *ratione temporis* vigente.

7.12 Le modalità e i termini di cessione dei Crediti sono disciplinati esclusivamente dal presente regolamento, nonché, in conseguenza di accordi contrattuali stipulati ai sensi dell'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dall'art. 117, comma 4 bis, del decreto-legge n. 34/2020, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, non essendo ammesse altre forme di cessione del credito.