

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 24 marzo 2020, n. U00048

Approvazione dello schema Accordo/Contratto Quadro ex art. 8 quinquies D. Lgs n. 502/1992 e ss.mm.ii. per le prestazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI)

Oggetto: Approvazione dello schema Accordo/Contratto Quadro ex art. 8 *quinquies* D. Lgs n. 502/1992 e ss.mm.ii. per le prestazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI)

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

VISTI, per quanto riguarda il Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario:

- l'art. 120 della Costituzione;
- l'articolo 8, comma 1 della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- l'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 e n. 149 del 6 marzo 2007, rispettivamente di approvazione del Piano di Rientro e Presa d'atto dell'Accordo Stato-Regioni;
- l'articolo 1, comma 796, lettera b) della legge 27 dicembre 2006, n. 296;
- il Decreto Legge 1 ottobre 2007, n. 159 convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;
- la legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- Il DCA n. 303 del 25 luglio 2019, avente ad oggetto: "*Adozione del piano di rientro "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021" ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo"*";
- il DCA n. 469 del 14 novembre 2019, avente ad oggetto: "*Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del SSR 2019-2021" ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo*", che ha modificato il DCA n. 303/2019 recependo le osservazioni dei Ministeri vigilanti;
- il DCA n. 18/2020 che ha sostituito integralmente il DCA n. 469/2019;
- la DGR n. 12/2020 di recepimento del Piano da parte della Giunta;

VISTI, per quanto riguarda i poteri:

- la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;
- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002 n. 6 e s.m.i.;
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i.;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018, con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- la DGR del 24 aprile 2018 n. 203, di modifica del Regolamento generale di organizzazione delle Direzioni regionali;
- il Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale" e la D.G.R. 252/2018 di differimento al 6 giugno 2018 del termine di entrata in vigore della D.G.R. 203/2018;
- la DGR del 5 giugno 2018, n. 271, con la quale è stato conferito l'incarico di Direttore della Direzione Regionale *Salute e integrazione sociosanitaria* al dott. Renato Botti;
- la Direttiva del Segretario Generale del 6 giugno 2018, prot. n. 33759;
- la Determinazione Regionale n. G09050 del 2 ottobre 2019, avente ad oggetto: "*Integrazione e modifica alla determinazione del 2 ottobre 2018, n. G12275 "Riorganizzazione delle strutture*

organizzative della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria - Recepimento della Direttiva del Segretario Generale del 3 agosto 2018, prot. n. 484710, come modificata dalla Direttiva del 27 settembre 2018, n. 590257” e successive modifiche”;

VISTI, per quanto riguarda le norme in materia sanitaria:

- Il Regio decreto 27 luglio 1934 n. 1265 e s.m.i.;
- la Legge 23 dicembre 1978 n. 833 e s.m.i.;
- il D.Lgs 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i.;
- il D.Lgs 21 dicembre 1999 n. 517 e s.m.i.;
- la Legge Regionale 3 marzo 2003 n. 4, concernente “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali”;
- l’Intesa Stato-Regioni e Province autonome del 10 luglio 2014, rep. n. 82/CSR, concernente il Patto per la salute – per gli anni 2014-2016;
- il D.Lgs 16 ottobre 2003 n. 288 e s.m.i.;
- il DPCM 12 gennaio 2017, avente ad oggetto “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;
- il Regolamento Regionale 6 novembre 2019 n. 20;

VISTI, per quanto riguarda la disciplina di cui al D. Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., in particolare:

- l’art. 8-bis, comma 1, che prevede che *“le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all’articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell’articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all’articolo 8-quinquies”;*
- l’art. 8-quater, comma 2, che prevede che *“la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui al suddetto art. 8-quinquies”;*
- l’art. 8-quater, comma 7, secondo cui *“Nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l’avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l’accreditamento può essere concesso in via provvisoria per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolte e della qualità dei suoi risultati. L’eventuale verifica negativa comporta la sospensione automatica dell’accreditamento temporaneo concesso”;*
- l’art. 8-quater, comma 8, secondo cui *“in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le Regioni e le unità sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all’art. 8-quinquies, sono tenute a porre a carico del servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della Programmazione nazionale”;*
- l’art. 8-quinquies, comma 2, che disciplina la stipula dei contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro associazioni rappresentative a livello regionale, che indicano, tra l’altro:
 - il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell’accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle

attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali (art. 8-*quinquies*, comma 2, lettera d);

- la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionali, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), ...*omissis*...(art. 8-*quinquies*, comma 2, lettera e- bis);
- l'art. 8-*quinquies*, comma 2-*quater*, il quale prevede che: “*Le Regioni stipulano accordi con le Fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico [omissis] e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10 comma 2 del Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le Regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la Programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla Programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio...omissis*”;
- l'art 8-*quinquies*, comma 2-*quinquies*, che prevede in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali, la sospensione dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-*quater*;

VISTI per quanto riguarda norme in materia di autorizzazione e accreditamento e requisiti delle strutture private provvisoriamente e definitivamente accreditate, in particolare:

- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 e ss. mm. ii.;
- la Legge Regionale 10 agosto 2010, n. 3 e ss.mm.ii., che disciplina il processo di accreditamento istituzionale definitivo delle strutture che erogano prestazioni con onere a carico del SSR;
- il DCA n. U0090/2010, recante: “*Approvazione dei requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie - Requisiti ulteriori per l'accREDITAMENTO*” *Sistema informativo per le autorizzazioni e gli accreditamenti delle strutture sanitarie (SAAS) Manuale d'uso. Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell'art. 1 commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accREDITAMENTO istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private. L.R. n. 3/2010) e s.m.i.*;
- il DCA n. 8 del 3 febbraio 2011, avente ad oggetto “*Modifica dell'Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta 90/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione testo integrato e coordinato denominato “Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie” e s.m.i.*;
- i DCA n. 283/2017, n. 469/2017 di aggiornamento, tra l'altro, dei requisiti di accreditamento e n. 95/2018;

CONSIDERATE le pronunce giurisprudenziali in materia e in particolare:

- che in modo costante e uniforme la giurisprudenza amministrativa ha confermato che la fissazione dei tetti di spesa rientra tra gli atti autoritativi e vincolanti di programmazione di

esclusiva competenza regionale e rappresenta un preciso e ineludibile obbligo dettato da insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica e che il provvedimento con il quale si fissa il livello massimo di finanziamento per le prestazioni erogate dalle strutture accreditate non viola il legittimo affidamento di queste ultime, che rimangono libere di scegliere se operare nel mercato privato (*ex pluribus*, Cons. di Stato, ad. pl. n. 8/2006, n. 3/2012, n. 4/2012; Cons. di Stato, sez. III, n. 1582/2014, n. 679/2013, n. 3372/2011; sez. V, n. 1252/2011; TAR Lazio, Roma, sez. III, n. 659/2013, n. 8549/2012);

- che la giurisprudenza amministrativa ha precisato che: “...omissis... Alle Regioni è stato pertanto affidato il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti alla spesa sanitaria, in coerenza con l’esigenza che l’attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell’ambito di una pianificazione finanziaria. Alla stregua di detta disciplina spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni” (Cons. di Stato, ad. pl. n. 3/2012 cit.);
- che l’art. 8-*quinquies*, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i. non prevede assolutamente la possibilità per le strutture di erogare prestazioni a carico del SSR commisurate alla capacità produttiva in accreditamento, essendo la sottoscrizione del contratto l’unico presupposto per tale erogazione, dal momento che, soltanto in virtù di detto accordo pattizio, viene assegnato alla struttura il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate: ciò significa che, ai sensi del combinato disposto degli artt. 8-*quinquies*, comma 2 e 8-*quater* comma 2 del citato decreto, la Regione acquista prestazioni in rapporto al fabbisogno e alle risorse disponibili e, quindi, anche al di sotto dell’offerta in regime di accreditamento delle strutture erogatrici (in tal senso, anche il consolidato orientamento giurisprudenziale secondo cui “nella determinazione dei tetti di spesa la regione deve tener conto delle risorse finanziarie disponibili ...omissis... I tetti di spesa per le strutture private accreditate sono infatti il modo con cui la regione stabilisce quanto può spendere per acquisire da operatori privati prestazioni che non è in grado di produrre direttamente in misura adeguata alle esigenze della collettività. In altri termini spetta alla regione pianificare, con ampia discrezionalità la spesa sanitaria pubblica e tale atto programmatico condiziona il diritto alla salute rendendolo compatibile con il suo costo finanziario” (Cons. di Stato, sez. III, 19 luglio 2011, n. 4359; sez. V, 11 agosto 2010 n. 5632; TAR Lazio, sez. III *quater*, 21 gennaio 2013, n. 659);
- che anche la più recente giurisprudenza amministrativa ha ribadito che “...omissis... chi intende operare nell’ambito della Sanità pubblica deve accettare i limiti in cui la stessa sanità pubblica è costretta, dovendo comunque, ed in primo luogo, assicurare, pur in presenza di restrizioni finanziarie, beni costituzionali di superiore valore quali i livelli essenziali relativi al diritto della salute ...omissis... in alternativa agli operatori resta la scelta di agire come privati nel privato” (Cons. di Stato, sez. III, Ordin. n. 906/2015; TAR Abruzzo, L’Aquila, n. 585/2015);

VISTO il DCA n. 283 del 07/07/2017, avente ad oggetto “Adozione dei “Requisiti di accreditamento per le attività di cure domiciliari ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017”, proposta di determinazione delle tariffe, determinazione del percorso di accreditamento e linee guida per la selezione del contraente, individuazione del fabbisogno di assistenza e disposizioni conseguenti”;

VISTO il DCA n. 95 del 22/03/2018, avente ad oggetto “Approvazione delle tariffe per le attività di cure domiciliari ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017. Valutazione dell’impatto economico pluriennale. Determinazione delle Linee guida per la selezione del contraente: fasce di

qualificazione e pesi ponderali; regole di assegnazione sulla base del principio di rotazione e modello esemplificativo per la valutazione delle performance a supporto della par condicio e della concorrenza”;

TENUTO CONTO che, coerentemente con i provvedimenti amministrativi sopra richiamati, sono state rilasciate le autorizzazioni all’esercizio e i titoli di accreditamento agli erogatori privati che hanno chiesto di erogare prestazioni con onere a carico del SSR;

VISTO il DCA n. 519 del 28/12/2018, avente ad oggetto “*DPCA n. U00283/2017: elenco soggetti qualificati ai sensi del DPCA n. U00095/2018 per le attività di cure domiciliari della Regione Lazio ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017*”;

VISTO l’Atto di Organizzazione n. G03944 del 03/04/2019, avente ad oggetto “*Decreto del Commissario ad Acta n. U00095 del 22.3.2018. Costituzione del Gruppo di Lavoro per il supporto tecnico e monitoraggio del percorso riorganizzativo del settore delle cure domiciliari (ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017) e nomina dei componenti*”;

CONSIDERATO che il summenzionato gruppo di lavoro è stato istituito con il compito di dare “*supporto tecnico e di monitoraggio delle attività del percorso riorganizzativo delle cure domiciliari ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017 nel Lazio previsto dal Decreto del Commissario ad Acta n. U00095/2018*”;

VISTO il DCA n. 258 del 04/07/2019, avente ad oggetto “*Regione Lazio: Piano per il potenziamento delle reti territoriali. Adozione documento tecnico*” con il quale è stato approvato il “Piano per il potenziamento delle reti territoriali” ed in cui viene espressamente indicato che “*...omissis... è emersa la necessità di prevedere ulteriori interventi regolatori per la corretta presa in carico dei pazienti complessi ...omissis... è emersa la necessità di utilizzare uno strumento di valutazione multidimensionale unico a livello regionale per dare omogeneità di risposta al cittadino*;

PRESO ATTO che nel Piano per il potenziamento delle reti territoriali viene espressamente indicato che “*Il completamento del percorso di riorganizzazione delle Cure domiciliari prevede:*

- *l’attivazione di un sistema di valutazione multidimensionale unico a livello regionale;*
- *la verifica di coerenza dell’attuale sistema tariffario con la nuova classificazione derivante dal sistema di valutazione unico*”;

TENUTO CONTO altresì che nel succitato Piano viene espressamente disposta la “*sottoscrizione degli accordi quadro con gli operatori accreditati a partire da gennaio 2020*”;

VISTO il DCA n. 417 del 08/10/2019, avente ad oggetto “*aggiornamento del DCA n. U00519/2018: elenco soggetti qualificati ai sensi del DCA n. U00095/2018 per le attività di cure domiciliari della Regione Lazio ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017*”;

TENUTO CONTO delle riunioni tenutesi presso la sede della Regione Lazio sul tema “*Percorso di Riorganizzazione delle Cure Domiciliari – ADP*”, a cui hanno partecipato la Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria, le Aziende Sanitarie Locali e le Associazioni di Categoria;

PRESO ATTO in particolare del verbale della riunione del 12 dicembre 2019, in cui tra l'altro si stabilisce che:

- “...omissis... *Dal 1 gennaio 2020 sarà avviata la fase transitoria, della durata di mesi 12, eventualmente prorogabili, durante la quale potranno essere poste a carico del SSR esclusivamente le prestazioni erogate dai soggetti accreditati e contrattualizzati*”;
- “...omissis... *Regione Lazio emanerà quattro provvedimenti aventi ad oggetto:*
 - *Regolamentazione periodo transitorio*
 - *Sistema di remunerazione*
 - *Schema di accordo contrattuale*
 - *Budget territoriali ASL*”;
- “...omissis... *Il contratto prevede esclusivamente gli importi unitari per accesso o per prestazione*”;

VISTO il DCA n. 525 del 30/12/2019, avente ad oggetto: “*DPCM 12.1.2017 Art. 22. Percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle Cure domiciliari – ADI. Regolamentazione periodo transitorio. Adozione documento tecnico*”;

VISTO il DCA n. 12 del 14/01/2020, avente ad oggetto “*Riorganizzazione delle cure domiciliari – Assistenza Domiciliare Integrata – Adozione tariffe anno 2020*”;

VISTO il DCA n. 36/2020, recante: “*Istituzione del tavolo tecnico e modifiche parziali delle modalità di erogazione per l'alta complessità assistenziale di cui DCA n. U00525/2019 relativo al percorso di riorganizzazione e riqualificazione e di cui al DCA n. U00012/2020 relative alle tariffe. Modifiche al DCA n. U00283/2017*”;

VISTA la disciplina di riorganizzazione e riqualificazione delle cure domiciliari e, in particolare, dell'assistenza per i pazienti ad elevata complessità e ad alta intensità assistenziale, in corso di adozione, come prevista dal verbale ivi allegato che regola i criteri di eleggibilità, gli accessi di sollievo, i trasporti e le consegne a domicilio, le prestazioni specialistiche e la fornitura del materiale sanitario;

TENUTO CONTO che il sopra richiamato provvedimento, DCA n. 525/2019, dà mandato alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria di definire, con specifico provvedimento “*lo schema di accordo quadro per la contrattualizzazione con gli Enti privati accreditati che erogano prestazioni/accessi per le cure domiciliari – ADI*”;

PRESO ATTO di quanto stabilito nell'allegato 1 “*Riorganizzazione delle cure domiciliari – adi regolamentazione del periodo transitorio*” del sopra citato provvedimento, nel quale viene espressamente previsto che:

- “...omissis... *Dal 1 gennaio 2020, infatti, sarà avviata la fase transitoria, della durata di mesi 12, eventualmente prorogabile, durante la quale potranno essere poste a carico del SSR esclusivamente le prestazioni erogate dai soggetti accreditati che abbiano sottoscritto l'accordo contrattuale con le ASL*;
- *I soggetti erogatori accreditati dovranno sottoscrivere i contratti entro il 31 gennaio 2020*;
- *A garanzia della continuità dell'assistenza, i soggetti erogatori accreditati, che si trovano in fase di sottoscrizione del nuovo contratto e con pazienti in carico al 31 dicembre 2019 (con*

PAI aventi scadenza successiva a tale data), potranno continuare a svolgere l'attività assistenziale già in essere, applicando, a partire dal 1 gennaio 2020, esclusivamente le regole previste dal presente provvedimento;

- *I soggetti accreditati dovranno altresì sottoscrivere i contratti entro e non oltre il 31 gennaio 2020 o nei diversi termini che gli verranno assegnati. In caso di mancata stipula del contratto nei termini predetti, la ASL dovrà immediatamente darne notizia alla Regione e inviare alla struttura atto di diffida ad adempiere alla sottoscrizione del contratto, assegnando alla stessa il termine di 15 giorni dalla ricezione della diffida; decorso tale termine, fatto salvo il caso fortuito o la forza maggiore, la ASL sarà libera di non addivenire alla stipula, senza diritto da parte della struttura ad alcun risarcimento dei danni, fatti salvi gli importi spettanti per le prestazioni rese secondo quanto previsto dal sistema di remunerazione della fase transitoria e fermo restando quanto previsto dall'art.8-quinquies, comma 2-quinquies, D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.”;*

RITENUTO pertanto necessario prevedere che le aziende sanitarie assicurino la sottoscrizione del contratto nel termine di 15 giorni dalla comunicazione del presente provvedimento alle stesse a cura della Regione;

VISTA la nota della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria – prot. n. 0020976 del 10/01/2020 di *“Comunicazione di avvio del procedimento, ex art. 7 della L. 241/1990 e s.m.i., Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs n. 502 e ss.mm.ii. per le prestazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI);*

PRESO ATTO delle osservazioni pervenute da parte di:

- **ASL ROMA 1** con nota prot. n. 8574 del 20/01/2020, acquisita con prot. n. 0051409 del 20/01/2020, avente ad oggetto *“Riscontro nota prot. n. U0020976. 10-01-2020 “Comunicazione avvio del procedimento, ex art. 7 della L. 241/1990 e s.m.i. – Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. N. 502 e ss. mm. ii. per le prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)”;*
- **ASL ROMA 2** con nota prot. n. 9415 del 17/01/2020, avente ad oggetto *“prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) — tutela della privacy”;*
- **ASL ROMA 4** con nota prot. n. 2516/2020, avente ad oggetto *“Comunicazione avvio del procedimento, ex art. 7 della L. 241/1990 e s.m.i. – Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. N. 502 e ss. mm. ii. per le prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) – Riscontro”;*
- **AIOP** con nota prot. n. 18 del 17/01/2020, avente ad oggetto *“Riscontro su avvio del procedimento accordo/contratto ADI”;*
- **FEDERLAZIO** con nota prot. n. 14/2020 LM/as del 20/01/2020, acquisita con prot. n. 0052610 del 20/01/2020;
- **UNINDUSTRIA** con nota prot. n. 010_CA del 17/01/2020, acquisita con prot. n. 0049323 del 20/01/2020, avente ad oggetto *“Comunicazione avvio del procedimento, ex art. 7 della L. 241/1990 e s.m.i. – Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. N. 502 e ss. mm. ii. per le prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)”;*
- **ASL RIETI** con nota prot. n. 4274 del 22/01/2020, avente ad oggetto *“prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) — tutela della privacy”;*
- **AGCI LAZIO CONFCOOPERATIVE** con nota del 17/01/2020, acquisita con prot. n. 0045598 del 17/01/2020, avente ad oggetto *“Procedimento ex art. 7 L. 241/1990 – Accordo Contratto es art. 8-quinquies D.Lgs 502/1992 per le prestazioni di Assistenza domiciliare di riorganizzazione delle cure domiciliari - (ADI) – Vostra comunicazione del 10/01/2020 prot.*

n. 0020976”;

CONSIDERATO, relativamente alle suddette osservazioni che:

- ai sensi del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. i privati che intendono erogare prestazioni con onere a carico del SSR e sottoscrivere il relativo contratto con l'amministrazione devono necessariamente essere in possesso del titolo di accreditamento; la disponibilità della sede operativa è presupposto indispensabile per la stipula del contratto e la verifica positiva della sussistenza dei requisiti minimi richiesti dalla normativa regionale (DCA n. 283/2017) è condizione obbligatoria per poter operare legittimamente;
- all'art. 3, comma 2 lett. d) dello schema contrattuale è indicato che, *“in sede di prima applicazione, l'Azienda acquisisce dalla struttura la dichiarazione di cui al punto d.1) fino alla concorrenza dell'importo di Euro 150.000,00, impegnandosi ad acquisire la documentazione antimafia nel caso di superamento della soglia in corso di contratto”*; ciò significa che tutte le strutture, al momento della sottoscrizione del contratto, devono rendere la dichiarazione di cui al punto **d.1)**, mentre le ASL dovranno acquisire la documentazione antimafia presso gli enti competenti solo nel caso in cui, in corso di esecuzione del contratto, la soglia dei 150.000,00 euro dovesse essere superata;
- i rilievi sull'obbligo del rispetto delle norme in materia antinfortunistica (art. 3, comma 2, lett. j) sono inconferenti, in quanto anche le strutture sanitarie che erogano ADI devono comunque garantire il rispetto di tali disposizioni per il personale dipendente;
- la richiesta di prevedere il consenso scritto della struttura nel caso di rinnovo del contratto (art.6) è priva di pregio e appare superflua, poiché qualora la struttura non fosse più interessata alla prosecuzione del rapporto contrattuale rimarrà libera di comunicare per iscritto alla ASL tale sua volontà; in tal caso, il contratto non si rinnoverà, fermo restando l'obbligo di assistenza dei pazienti già presi in carico fino a nuova ricollocazione;
- la precisazione dell'insuperabilità dei tetti di spesa (artt. 7 e 12) è riferita ai finanziamenti che la Regione assegna alle ASL ed è necessaria per ribadire che anche le ASL devono agire nel pieno rispetto dei vincoli di bilancio imposti dal Piano di rientro, pena l'assunzione di ogni conseguente responsabilità; all'esaurimento del budget assegnato dalla Regione non si profila alcun problema per i pazienti presi in carico dalle strutture, poiché la spesa viene preventivata al momento dell'invio del PAI da parte della ASL, che ha dunque già quantificato i costi nel rispetto del proprio finanziamento;
- le disposizioni contenute nel presente provvedimento non hanno alcuna incidenza sul regime fiscale dell'I.v.a. e ai fini della erogazione delle prestazioni sanitarie in regime di accreditamento non potrà comunque essere superato il tetto di spesa assegnato alle Aziende sanitarie;
- le disposizioni sul Fascicolo sanitario elettronico sono applicabili compatibilmente con l'attuazione della normativa nazionale in materia;
- l'obbligo dell'invio dei dati della produzione privata è previsto dalla normativa nazionale e regionale espressamente richiamata nel contratto (art. 8 schema contratto);
- le osservazioni sull'art. 10 sono totalmente superflue in quanto anche nell'ADI vi sono dispositivi medicali e apparecchiature che devono essere a norma nonché mantenuti;
- al contratto sono allegati, quali parti integranti dello stesso, sia la Disciplina Uniforme di cui al DCA n. 247/2019 che regola le modalità di fatturazione e pagamento (All. A), sia il DCA n. 525/2019 (All. B), entrambi provvedimenti pubblici noti alle strutture;
- i rilievi sull'art. 17 e le Clausole di salvaguardia sono stati ampiamente superati dalle pronunce costanti del Giudice Amministrativo, che hanno confermato la piena legittimità di tali disposizioni;
- le osservazioni inerenti al Comitato paritetico (che non rappresenta una forma di risoluzione alternativa del contenzioso –ADR) per l'eventuale interpretazione ed esecuzione del contratto

e la previsione che il quinto membro, con funzioni di Presidente, sia di nomina congiunta (art. 16) sono state oggetto di precedente contrattazione con le Associazioni di categoria, in sede di procedimento per l'approvazione dello schema contrattuale di cui al DCA n. 243/2019; si ritengono, pertanto, superate;

RITENUTO opportuno disciplinare, in ragione della delicatezza del servizio, le regole e le modalità della pubblicità a cura degli erogatori, disponendo espressamente il divieto degli operatori, anche pubblici, di orientare le decisioni dell'utente, secondo quanto di seguito specificato:

- la comunicazione pubblicitaria tra gli erogatori del servizio e i cittadini deve essere rispettosa degli obblighi di conformità del messaggio pubblicitario ai principi di trasparenza, veridicità e correttezza, quale contenuto portante ed imprescindibile dell'attività professionale. Vale a dire:

- “trasparenza”, nel senso di notizie palesi e comprensibili;
- “veridicità e correttezza”, nel senso di notizie (i) veicolate tramite un'informazione sanitaria corretta e veritiera, con dati oggettivi resi noti senza ambiguità e con l'uso di espressioni di rigore scientifico, controllabili e scientificamente verificabili; (ii) veicolate tramite un'informazione non equivoca, non ingannevole o denigratoria, intendendo per tale qualsiasi pubblicità che in qualunque modo, compresa la sua presentazione, induca in errore o possa indurre in errore le persone fisiche o giuridiche alle quali è rivolta o che essa raggiunge e che, a causa del suo carattere ingannevole, possa pregiudicare la scelta dei destinatari, e anche il loro comportamento economico, ovvero che, per questo motivo, leda o possa ledere la serietà professionale di un concorrente che esercita l'attività sanitaria impedendo in modo sleale che l'attenzione dell'utente possa su quest'ultimo ricadere;

- le Aziende pubblicano sul proprio sito istituzionale l'elenco di tutti i soggetti con i quali hanno sottoscritto il contratto per l'attività di assistenza domiciliare. È fatto assoluto divieto di pubblicizzare, anche attraverso i MMG/PLS, un singolo erogatore o di orientare le decisioni dell'utente, violando il principio di libera scelta del paziente. Gli elenchi e i cartelli informativi affissi nei presidi ospedalieri siti nel territorio di competenza dovranno, dunque, essere funzionali a chiarire, in modo trasparente, quali siano le strutture potenzialmente in grado di garantire il servizio, senza determinare in alcun modo una preferenza di scelta;

- proprio in funzione della precipua finalità di tutelare l'utente sia nella fase preliminare di effettuazione di una scelta consapevole sia in quella di fruizione della prestazione, rimane in capo all'Ordine dei Medici il potere di controllo sulle modalità con cui la pubblicità sanitaria è realizzata, e ciò nella duplice finalità di prevenire eventuali fattispecie di illecito e di reprimere condotte etiche scorrette qualora il messaggio, rivolto al pubblico, assuma forme e contenuti contrari alle disposizioni legislative e ai principi deontologici.

STABILITO pertanto di approvare, per tutte le motivazioni suesposte, lo schema di Accordo/Contratto ex art. 8-*quinquies* D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii. per le prestazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI);

STABILITO che le ASL competenti per territorio devono invitare le strutture interessate alla sottoscrizione del citato Accordo/Contratto entro i termini indicati dalla Regione Lazio;

VISTO il DCA n. 243 del 25/06/2019, avente ad oggetto “*Approvazione modifiche allo schema di accordo/contratto ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. di cui ai DCA n. 249/2017 – n. 555/2015 – n. 324/2015*”;

RITENUTO necessario confermare, ove non espressamente modificato dal presente provvedimento, quanto disposto dai sopra richiamati decreti di approvazione dello schema di accordo/contratto;

per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate

DECRETA

- di approvare lo Schema di Accordo/Contratto Quadro *ex art. 8 quinquies* D. Lgs n. 502/1992 e ss.mm.ii. per le prestazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI) (**ALL. 1**);
- di dare mandato alle ASL competenti per territorio di invitare le strutture interessate alla sottoscrizione del citato Accordo/Contratto Quadro nel termine di 15 giorni dalla comunicazione del presente provvedimento alle stesse a cura della Regione.

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

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

NICOLA ZINGARETTI

**Accordo/Contratto Quadro *ex art. 8 quinquies* D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii.
per le prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**

ACCORDO/CONTRATTO EX ART. 8 QUINQUIES D. LGS. N. 502/1992 E S.M.I.**TRA**

ASL _____ in persona del Direttore Generale in carica (oppure del Commissario), legale rappresentante *p.t.*, con sede in _____, Via _____ n. __, in persona _____, C.F. _____, P.I. _____ posta elettronica certificata _____ (di seguito, per brevità "ASL")

E

Società/Ente morale _____ (denominazione e ragione sociale), C.F. _____, P.I. _____ con sede in _____ via _____, codice NSIS _____, **posta elettronica certificata**, _____ accreditata con i seguenti provvedimenti amministrativi

con sede operativa in _____ via _____ (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;
- l'art. 8-*quinquies*, comma 2-*quinquies*, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., che prevede espressamente che: *"in caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-*quater* delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale interessati è sospeso"*;

- l'art. 8-*octies* del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. demanda alle regioni il compito, tra l'altro, di individuare i criteri per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni nonché delle forme e delle modalità di erogazione dell'assistenza;
- 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”*;
- le D.G.R. n. 66/2007 e n. 149/2007 con le quali la Regione Lazio ha approvato il Piano di Rientro e nel quale hanno trovato organica sistemazione tutti gli obiettivi e le misure amministrative propedeutiche al conseguimento del programmato risanamento finanziario, prendendo atto del relativo Accordo Stato-Regione Lazio;
- la Legge 23 dicembre 2009, n. 191 ha previsto il mantenimento della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di Rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati come predisposti dal Commissario *ad acta*;
- con il DPCM 29 novembre 2001, come modificato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo 2017 in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n.15), sono stati definiti i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria (LEA);
- 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 formulare 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;
- lo schema di accordo/contratto interviene a dare attuazione ai contenuti dei DCA n. 283/2017, n. 95/2018, n. 258/2019 e n. 525/2019, nonché ai contenuti del *Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del SSR 2019-2021*, di cui al DCA n. 18/2020 e alla DGR 12/2020;
- la ASL sottoscrive il presente accordo/contratto Quadro 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, impegnandosi a consentire l'erogazione nei limiti del budget aziendale assegnato dalla Regione e nel rispetto della normativa e dei principi dettati dalla Regione;
- il DCA n. 243 del 25 giugno 2019, avente ad oggetto: *Approvazione modifiche allo schema di accordo/contratto ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. di cui ai DCA n. 249/2017 – n. 555/2015 – n. 324/2015*;
- con DCA n. 247/2019 e s.m.i. la Regione ha aggiornato la Disciplina Uniforme delle modalità di

fatturazione e pagamento dei crediti vantati nei confronti, tra l'altro, delle Aziende Sanitarie locali;

- in particolare, con il DCA n. 525 del 30 dicembre 2019, la Regione ha regolamentato i criteri di accesso dei pazienti all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), precisando, tra l'altro che *“A garanzia della continuità dell'assistenza, i soggetti erogatori accreditati, che si trovano in fase di sottoscrizione del nuovo contratto e con pazienti in carico al 31 dicembre 2019 (con PAI aventi scadenza successiva a tale data), potranno continuare a svolgere l'attività assistenziale già in essere, applicando, a partire dal 1 gennaio 2020, esclusivamente le regole previste dal presente provvedimento. I soggetti accreditati dovranno altresì sottoscrivere i contratti entro e non oltre il 31 gennaio 2020 o nei diversi termini che gli verranno assegnati. In caso di mancata stipula del contratto nei termini predetti, la ASL dovrà immediatamente darne notizia alla Regione e inviare alla struttura atto di diffida ad adempiere alla sottoscrizione del contratto, assegnando alla stessa il termine di 15 giorni dalla ricezione della diffida; decorso tale termine, fatto salvo il caso fortuito o la forza maggiore, la ASL sarà libera di non addivenire alla stipula, senza diritto da parte della struttura ad alcun risarcimento dei danni, fatti salvi gli importi spettanti per le prestazioni rese secondo quanto previsto dal sistema di remunerazione della fase transitoria e fermo restando quanto previsto dall'art. 8-quinquies, comma 2-quinquies, D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.”*;
- con il DCA n. 12 del 14/01/2020, la Regione ha rideterminato le tariffe per le prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), applicabili ai contratti sottoscritti a partire dallo 01/01/2020, recante *“Riorganizzazione delle cure domiciliari – Assistenza Domiciliare Integrata – Adozione tariffe anno 2020”*;
- con il DCA 36/2020, recante: *“Istituzione del tavolo tecnico e modifiche parziali delle modalità di erogazione per l'alta complessità assistenziale di cui DCA n. U00525/2019 relativo al percorso di riorganizzazione e riqualificazione e di cui al DCA n. U00012/2020 relativo alle tariffe. Modifiche al DCA n. U00283/2017”*, la Regione ha proceduto ad apportare alcune modifiche ai citati Decreti del Commissario *ad acta*, con riferimento all'alta complessità assistenziale;
- la Regione ha proceduto, altresì, alla disciplina di riorganizzazione e riqualificazione delle cure domiciliari e, in particolare, dell'assistenza per i pazienti ad elevata complessità e ad alta intensità assistenziale, in corso di adozione, come prevista dal verbale ivi allegato che regola i criteri di eleggibilità, gli accessi di sollievo, i trasporti e le consegne a domicilio, le prestazioni specialistiche e la fornitura del materiale sanitario;
- il DCA n. _____ del _____, con il quale la Regione ha assegnato alle Aziende Sanitarie il livello massimo di finanziamento delle prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata da privato accreditato, nei limiti del quale le Aziende potranno remunerare le strutture accreditate che avranno sottoscritto il contratto, a seguito di specifica e puntuale rendicontazione delle prestazioni effettivamente erogate, nel rispetto della Disciplina Uniforme.

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;
 - h) per “**budget**” si intende il livello massimo di finanziamento assegnato dalla Regione alle singole Aziende Sanitarie per cui vi è copertura nel bilancio di previsione di Parte pubblica e che rappresenta il tetto massimo invalicabile da parte delle Aziende per la remunerazione 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 (allegato al presente accordo/contratto), 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 è allegato al presente accordo/contratto e forma parte integrante dello stesso (cfr. **ALL. A**);
 - 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 del DCA 504/2017 s.m.i., attraverso l'utilizzo del Sistema Pagamenti, secondo le disposizioni del presente regolamento.

Art. 2. - Identificazione della struttura

1. La Società/Ente morale _____ è titolare di accreditamento istituzionale, rilasciato dalla Regione Lazio con provvedimento n. _____ del _____, con sede operativa in _____, Via _____

Art. 3 - Requisiti oggettivi e soggettivi

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

2. I requisiti soggettivi richiesti in capo al soggetto titolare della Società e/o della struttura devono essere comprovati attraverso la consegna alla ASL della seguente documentazione in corso di validità, ovvero, della relativa autocertificazione resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., 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:

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 (la dichiarazione sostitutiva antimafia deve essere resa dal legale rappresentante della struttura utilizzando il **Modello 2**, allegato al presente contratto);

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;

in sede di prima applicazione, l'Azienda acquisisce dalla struttura la dichiarazione di cui al punto *d.1)* fino alla concorrenza dell'importo di Euro 150.000,00, impegnandosi ad acquisire la documentazione antimafia nel caso di superamento della soglia in corso di contratto;

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

f) che nei confronti del titolare o imprenditore o della compagine sociale non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per reati gravi che incidono sulla moralità professionale, per reati nei

rapporti con la pubblica amministrazione di cui al D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i., per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio; l'esclusione e il divieto in ogni caso non operano quando il reato è stato depenalizzato ovvero quando è intervenuta la riabilitazione ovvero quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna ovvero in caso di revoca della condanna medesima;

g) l'ottemperanza agli obblighi informativi in materia di diritto al lavoro dei disabili, secondo le modalità di cui all'art. 9 L. 12 marzo 1999, n. 68 e s.m.i.;

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

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

j) l'ottemperanza alla normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro, circa l'avvenuta valutazione dei rischi nell'ambiente di lavoro e, in ogni caso, dell'adempimento a tutte le prescrizioni di cui di cui al Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.d.;

k) che la sede operativa è in regola con i requisiti di cui all'Allegato A del DCA n. 283/2017;

in sede di prima applicazione, così come previsto dalla Determinazione n. G13782 dell'11/10/2017, la struttura che ha aperto una nuova sede operativa sottoscrive il presente contratto sottoposto alla condizione risolutiva espressa della verifica negativa del possesso dei requisiti di cui all'Allegato A del DCA n. 283/2017, che la ASL competente per territorio dovrà effettuare entro e non oltre 30 giorni dalla sottoscrizione del 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 inserisce sulla piattaforma regionale Sistema Pagamenti 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 di Commercio, ove previsto.

5. Entro il termine di 15 giorni dal ricevimento dell'invito alla sottoscrizione, la struttura è tenuta a trasmettere alla ASL tutte le dichiarazioni e/o autocertificazioni sopra richieste, ovvero, eventualmente, a propria scelta, la relativa documentazione in corso di validità, nonchè i dati anagrafici di tutti i soggetti per i quali deve essere acquisita la documentazione di cui sopra, prima della stipula dell'accordo/contratto (secondo i **Modelli 1, 2 e 3** allegati al presente accordo/contratto, che ne formano parte integrante); la ASL, da parte sua, procede alle verifiche e ai controlli di legge, richiedendo agli enti competenti la relativa 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).

6. La mancata e/o incompleta trasmissione delle dichiarazioni/autocertificazioni sopra richieste nei termini indicati, comporterà l'adozione, da parte della ASL, di un atto formale di diffida ad adempiere entro 15 giorni. Decorso il termine assegnato, in caso di mancata ottemperanza alla diffida da parte della struttura, la ASL è libera di non addivenire alla stipula del contratto, senza diritto ad alcun risarcimento e/o indennizzo da parte della struttura.

7. Decorso il termine di 30 giorni di cui al precedente comma 5, qualora la ASL non abbia ancora acquisito dagli enti competenti la documentazione richiesta, il presente accordo/contratto è stipulato sotto condizione risolutiva espressa e si applica il successivo art. 15, comma 4.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. 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 e pubblicità

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, improntato ai principi di buona fede, lealtà e trasparenza.

2. E' fatto espresso divieto per gli operatori, anche pubblici, di orientare le decisioni dell'utente.

3. La comunicazione pubblicitaria tra gli erogatori del servizio e i cittadini deve essere rispettosa degli obblighi di conformità del messaggio pubblicitario ai principi di trasparenza, veridicità e correttezza, quale contenuto portante ed imprescindibile dell'attività professionale. Vale a dire:

- “*trasparenza*”, nel senso di notizie palesi e comprensibili;
- “*veridicità e correttezza*”, nel senso di notizie (i) veicolate tramite un'informazione sanitaria corretta e veritiera, con dati oggettivi resi noti senza ambiguità e con l'uso di espressioni di rigore scientifico, controllabili e scientificamente verificabili; (ii) veicolate tramite un'informazione non equivoca, non ingannevole o denigratoria, intendendo per tale qualsiasi pubblicità che in qualunque modo, compresa la sua presentazione, induca in errore o possa indurre in errore le persone fisiche o giuridiche alle quali è rivolta o che essa raggiunge e che, a causa del suo carattere ingannevole, possa pregiudicare la scelta dei destinatari, e anche il loro comportamento economico, ovvero che, per questo motivo, leda o possa ledere la serietà professionale di un concorrente che esercita l'attività sanitaria impedendo in modo sleale che l'attenzione dell'utente possa su quest'ultimo ricadere.

4. Le Aziende pubblicano sul proprio sito istituzionale l'elenco di tutti i soggetti con i quali hanno sottoscritto il contratto per l'attività di assistenza domiciliare. È fatto assoluto divieto di pubblicizzare, anche attraverso i MMG/PLS, un singolo erogatore o di orientare le decisioni dell'utente, violando il principio di libera scelta del paziente. Gli elenchi e i cartelli informativi affissi nei presidi ospedalieri siti nel territorio di competenza dovranno, dunque, essere funzionali a chiarire, in modo trasparente, quali siano le strutture potenzialmente in grado di garantire il servizio, senza determinare in alcun modo una preferenza di scelta.

5. Proprio in funzione della precipua finalità di tutelare l'utente sia nella fase preliminare di effettuazione di una scelta consapevole sia in quella di fruizione della prestazione, rimane in capo all'Ordine dei Medici il potere di controllo sulle modalità con cui la pubblicità sanitaria è realizzata, e ciò nella duplice finalità di prevenire eventuali fattispecie di illecito e di reprimere condotte etiche scorrette qualora il messaggio, rivolto al pubblico, assuma forme e contenuti contrari alle disposizioni legislative e ai principi deontologici.

Art. 5 - Prestazioni oggetto dell'accordo/contratto

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

- prestazioni relative a cure domiciliari rivolte a persone non autosufficienti (art. 22 dPCM 12 gennaio 2017).

Art. 6 - Durata

1. La durata del presente accordo/contratto è annuale e decorre a partire dal ____/____/_____ fino al ____/____/_____.

2. Non è ammesso il rinnovo tacito.

3. L'amministrazione, nei sessanta giorni antecedenti alla scadenza del contratto, si riserva la facoltà di prorogare la durata dello stesso, nelle more dell'adozione dei provvedimenti di fissazione dei livelli massimi di finanziamento da assegnare alle Aziende Sanitarie per gli anni successivi alla scadenza dello stesso.

Art. 7 – Corrispettivo, Tariffe e Regole di remunerazione

1. L'importo assegnato dalla Regione alle singole Aziende Sanitarie deve intendersi quale limite massimo invalicabile nell'ambito del quale le Aziende dovranno provvedere a remunerare le strutture private accreditate, che hanno sottoscritto i relativi contratti, per le prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR, erogate correttamente e coerentemente con la configurazione di accreditamento.
2. L'importo complessivo è stato individuato tenendo presente: l'apporto richiesto alle strutture per l'ottenimento del volume programmato di prestazioni LEA in favore dei terzi beneficiari, nel rispetto del DPCM 29/11/2001 come modificato dal DPCM 12/01/2017 nelle parti applicabili; le risorse economico-finanziarie a disposizione della Parte pubblica; i vincoli di bilancio e del Piano di rientro; le prestazioni erogabili dalla struttura contraente in coerenza con il titolo di accreditamento che possiede e che viene concretamente utilizzato a mezzo del presente accordo/contratto.
3. La struttura è remunerata, a seguito di specifica e puntuale rendicontazione, sulla base delle prestazioni effettivamente erogate in conformità con la configurazione di accreditamento (ovvero con le fasce di qualificazione) e con la normativa vigente.
4. La struttura, in ossequio ai principi di correttezza, buona fede e leale collaborazione nell'esecuzione del contratto, si impegna ad erogare le prestazioni nel rispetto della configurazione di accreditamento, in modo congruo e appropriato, in ossequio alla normativa vigente.
5. L'importo assegnato dalla Regione alle Singole ASL rimane invariato per tutto l'anno, fatta salva l'applicazione di leggi e/o regolamenti nazionali di natura vincolante che dovessero intervenire, anche nel corso della durata dell'accordo/contratto, nonché le ipotesi di cui agli articoli 1430 e 1431 del Codice Civile. Non costituisce eccezione la modifica delle tariffe in corso d'anno ai sensi di quanto previsto al successivo comma 4.
6. Il prezzo unitario delle singole prestazioni di cui la struttura ha potestà di erogazione in base al presente accordo/contratto è quello fissato dalle tariffe regionali vigenti *ratione temporis* al momento della sottoscrizione dell'accordo/contratto. Le prestazioni richieste sono esclusivamente quelle consentite dalla configurazione di accreditamento e le tariffe devono ritenersi a tutti gli effetti remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni.
7. Qualora la stipula dell'accordo/contratto intervenga ad anno solare già iniziato, il *budget* annuale assegnato alle Aziende Sanitarie rimane invariato e deve intendersi a copertura anche delle prestazioni sanitarie già erogate dalla struttura ai pazienti per i quali sia stata autorizzata dalla ASL la presa in carico.
8. Per tutto ciò che concerne la definizione dei livelli massimi di finanziamento delle prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata nonché i criteri e le regole di accesso dei pazienti, si rinvia ai DCA n. 525/2019 e n. 36/2020 e s.m.i., i cui contenuti si intendono parte integrante del presente contratto.
9. La struttura non potrà pretendere alcun pagamento riferito a cure erogate in assenza di autorizzazione sul PAI o in violazione del PAI inviato.
10. In particolare, come stabilito nei DCA n. 525/2019 e n. 36/2020 e s.m.i., viene introdotto il criterio della libera scelta da parte dell'utente, che esprime la preferenza relativamente al soggetto erogatore al quale affidarsi. L'assistito di nuovo inserimento dovrà indicare una lista di priorità, laddove presenti più erogatori per la stessa fascia di qualificazione, (indicando se possibile almeno 3 preferenze). La ASL provvederà ad inoltrare il Piano Assistenziale Individuale (PAI) al soggetto erogatore, il quale dovrà riscontrare la richiesta entro 24 ore, comunicando la data di inizio della presa in carico, che dovrà essere assicurata non oltre le 72 ore successive. In caso di mancata risposta da parte del soggetto erogatore entro 24 ore o qualora una o più prestazioni previste nel PAI siano

oggetto di lista di attesa, sarà la ASL a proporre all'assistito il soggetto erogatore in grado di dare risposta immediata, tenuto conto dell'ordine di preferenza espresso dall'interessato.

11. La struttura non può rifiutare l'invio di un paziente, fatti salvi casi debitamente motivati per iscritto e comprovati, pena la risoluzione del contratto ai sensi del successivo art. 15, commi 1, 2 e 3.

12. I costi del materiale necessario per l'effettuazione delle medicazioni semplici sono a carico della struttura. I costi relativi al materiale necessario per le medicazioni avanzate sono a carico della ASL. Si rinvia all'allegato tecnico dello specifico provvedimento di integrazione del DCA n. 36/2020.

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

1. La struttura non deve fornire prestazioni con onere a carico del SSR qualora non coerenti con la configurazione di accreditamento e comunque qualora violino il contenuto del presente accordo/contratto.

2. 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 o raccomandata a/r, deve essere tale da garantire continuità assistenziale e da evitare disagio all'utenza.

3. Le prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR devono essere rese nel rispetto degli obiettivi di programmazione e di indirizzo regionale, nonché con finalità di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure erogate, tenendo conto del governo delle liste d'attesa.

4. 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 decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 22, è tenuta alla trasmissione dei dati contenuti nel PAI, ovvero negli altri documenti per i quali vi è debito informativo, per prestazioni erogate sia in regime privatistico, che con onere a carico del SSR, in modo completo e conforme al DM 261/2016. Tale trasmissione è richiesta anche allo scopo di consentire alla Regione l'interoperabilità fra i FSE, curata dall'apposita Infrastruttura, 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) unitamente alle Aziende che commissionano il servizio. 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.

5. Al fine di consentire alla Regione di disporre in modo completo del patrimonio informativo del sistema sanitario e di individuare indicatori utili alla valutazione del monitoraggio nel tempo dell'assistenza ricevuta dai singoli assistiti a livello ospedaliero e territoriale, per verificare il raggiungimento degli obiettivi posti in sede di programmazione regionale, nonché di elaborare dati sui volumi a fini statistici, la struttura è tenuta (a titolo esemplificativo e non esaustivo, ai sensi del DM n. 380/2000, del DM n. 349/2001, DM del 5.12.2006, DM del 15.10.2010, DM del 22.10.2014) a inserire, nei flussi informativi del Sistema sanitario, tutte le prestazioni erogate anche effettuate in regime privatistico. La mancata trasmissione dei flussi, anche solo parziale, costituisce grave inadempimento ai sensi del successivo art. 15 ed è causa di risoluzione del presente contratto.

6. 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. E' 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.

Art. 9 -Valorizzazione di prestazioni erogabili e remunerazione

1. Per le prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata, la struttura è remunerata a consuntivo, a seguito di specifica e puntuale rendicontazione, sulla base delle prestazioni effettivamente erogate in conformità con la configurazione di accreditamento e con la normativa vigente.
2. E' consentita l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nel rispetto e nei limiti della fascia di qualificazione assegnata, ai sensi del DCA n. 95/2018 e s.m.i.

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

1. Le prestazioni sanitarie dovranno essere erogate nella piena osservanza delle disposizioni normative e regolamentari, nazionali e regionali, applicabili in materia, avuto in particolare riguardo ai Decreti del Commissario *ad acta* nn. 90/2010, 8/2011, 282/2017, 283/2017 e 469/2017, n. 95/2018 e s.m.i..
2. Le prestazioni sanitarie sono erogate dalla struttura secondo le modalità e con le caratteristiche previste dai provvedimenti nazionali e regionali in materia ed, in ogni caso, nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento, di qualità e appropriatezza imposti dalla buona e diligente pratica professionale, secondo l'assetto organizzativo e funzionale di cui ai provvedimenti autorizzativi e di accreditamento che la struttura si impegna a rispettare per tutta la vigenza del presente accordo/contratto.
3. La struttura dichiara e garantisce l'adeguatezza e il perfetto stato d'uso nel tempo delle apparecchiature eventualmente utilizzate nell'erogazione del servizio 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 all'invio del Piano Assistenziale Individuale (PAI) o del Programma prestazionale da parte della ASL attraverso le modalità stabilite dalla Regione.
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, nonché del Regolamento UE n. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27/04/2016 ("GDPR") e, in particolare, nel rispetto di quanto previsto al

titolo V del Codice, rubricato: “*Trattamento di dati personali in ambito sanitario*” e dell’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. E’ 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 versì in situazioni di incompatibilità secondo la normativa vigente in materia.

9. Si rinvia alle disposizioni di cui all’articolo 8.

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

1. Al fine di verificare che le prestazioni sanitarie siano state rese conformemente alle vigenti prescrizioni di legge, la ASL e la Regione Lazio possono in qualunque momento dare corso ad attività di verifica e controllo sulle prestazioni erogate, con modalità che non siano d’ostacolo all’ordinario svolgimento delle attività sanitarie della struttura e con preavviso di almeno 48 ore, salvo il caso di controlli straordinari, che, motivati da esigenze conoscitive urgenti, dovranno svolgersi nel rispetto dei principi di imparzialità e correttezza.

2. Nelle occasioni di verifica, cui può assistere il legale rappresentante della struttura o persona da questi delegata per la relativa funzione, la struttura potrà farsi assistere da consulenti e da rappresentanti della propria associazione di categoria rappresentativa delle strutture private accreditate. L’eventuale assenza del legale rappresentante della struttura o di un suo delegato non sarà elemento ostativo al controllo, che avrà comunque luogo nel giorno e nell’ora fissati come da preavviso.

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

- a) predisporre condizioni organizzative tali da consentire l’acquisizione da parte della ASL e della Regione, anche attraverso gli strumenti informatici, di ogni dato ritenuto utile a verificare il corretto adempimento;
- b) consegnare alla ASL tutta la documentazione relativa alle prestazioni sanitarie rese, al fine di consentire all’Azienda il controllo sulla rendicontazione e la conseguente liquidazione delle fatture;
- c) consentire alla Regione o alla ASL la verifica dell’appropriatezza clinica e/o organizzativa, anche relativa al mantenimento dei requisiti autorizzativi e/o di accreditamento e fornire dati utili al monitoraggio degli indicatori di verifica di cui al DCA 525/2019.

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

5. La struttura si impegna a conservare, anche mediante archivio informatico, tutta la documentazione amministrativa relativa alle prestazioni rese in favore dei terzi beneficiari per un periodo non inferiore a quello previsto dalle vigenti disposizioni in materia. E’ fatto salvo il periodo di conservazione prescritto per la documentazione sanitaria, secondo le modalità e i termini di cui al

D.P.R. 30 settembre 1963, n. 1409, al D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128 e alla circolare n. 61 del 19 dicembre 1986 del Ministero della Sanità e s.m.i.

6. La struttura si impegna a fornire tutta la documentazione, di cui vi è obbligo di tenuta ai sensi della vigente normativa, richiesta dalla ASL ovvero dalla Regione, onde consentire lo svolgimento di controlli, verifiche, ovvero per adempiere ad attività statistiche e/o di analisi di flussi regionali e nazionali, nonché consentire il monitoraggio continuo delle prestazioni e del numero di pazienti trattati.

7. La mancata consegna della documentazione richiesta entro il termine assegnato comporta la sospensione dei pagamenti sulle prime fatture utili, nella misura pari al valore delle prestazioni oggetto della documentazione non consegnata.

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

9. Per tutto quanto non regolato dal presente contratto, si applica la disciplina nazionale e regionale in materia di controlli vigente al momento dell'erogazione della prestazione.

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

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

2. La ASL si impegna, per tutta la durata del rapporto contrattuale, a remunerare la struttura a seguito dell'emissione di una **Fattura mensile** di importo pari alla produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per il medesimo anno di riferimento.

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

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

- a) che la prestazione sia stata effettivamente resa e debitamente rendicontata;
- 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.

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

6. All'esito del procedimento di controllo sulle prestazioni sanitarie ai sensi dell'art. 8 *octies* del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i., qualora, effettuate le verifiche, emerga un saldo negativo o un importo da recuperare, la Regione comunica i predetti valori con nota provvedimento alla struttura e alla ASL

di competenza. La ASL, relativamente agli importi derivanti dai valori concordati, dai valori non concordati e dalle sanzioni amministrative, procede secondo i tempi e con le modalità definite nel regolamento allegato al presente accordo/contratto e parte integrante dello stesso.

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

8. La mancata emissione della nota di credito da parte della struttura entro i termini stabiliti dal regolamento costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione del presente contratto, previa formale diffida, ai sensi del successivo art. 15.

Art. 13 - Cessione dell'accordo/contratto

1. Il presente accordo/contratto non può essere ceduto, nemmeno in parte, senza il consenso espresso della Regione. In caso di cessione/affitto d'azienda o ramo di essa, ovvero in ipotesi similari, per le quali è necessario il provvedimento di voltura del titolo autorizzativo e di accreditamento, il contratto potrà essere ceduto nel solo caso di previsione espressa dell'assunzione dell'obbligo del subentrante/cessionario dei debiti maturati in virtù del rapporto concessorio già vigente, anche in ragione del presente contratto, nonché di quelli derivanti dagli esiti dei controlli esterni sulle prestazioni già erogate. E' 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 stesso.

Art. 14 - Cessione dei crediti

Le modalità e i termini di cessione dei Crediti derivanti dal presente accordo/contratto sono disciplinati esclusivamente dall'art. 106, comma 13, del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., nonché dal regolamento allegato al presente contratto, al quale si rinvia integralmente (**ALL. A**), non essendo ammesse altre forme di cessione del credito.

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

1. Fermo restando il diritto al risarcimento dei danni e ogni altro rimedio previsto ai sensi della normativa vigente, in caso di inadempimento al 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 8, 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) diniego definitivo e/o revoca dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento definitivo, ovvero di quello provvisorio;
- 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;
- d) falsità di alcuna delle dichiarazioni rese di cui al precedente art. 3, comma 2, lettere a), b), c), d), e) ed f);
- e) violazione dell'articolo 8 commi 4 e 5 in materia di Fascicolo sanitario elettronico e trasmissione e gestione dei dati sanitari e dei flussi informativi;
- f) violazione dell'articolo 8 comma 6 in materia di dati inerenti il rischio clinico e le obbligazioni derivante dalla L. 24/2017;
- g) violazione del precedente art. 13, in materia di cessione dell'accordo/contratto;
- h) violazione del successivo art. 17, comma 3, del presente accordo/contratto.

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

7. Resta inteso che, a far data dalla comunicazione della sospensione e/o revoca dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento o di avvenuta risoluzione dell'accordo/contratto, la struttura non potrà più prendere in carico nuovi pazienti.

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

Art. 16 – Controversie

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

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

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

Art. 17 - Clausole di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del presente accordo/contratto la struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione delle tariffe, di determinazione dei tetti di spesa e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto,

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

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

3. Non è ammessa alcuna riserva di una delle parti al presente accordo/contratto, né contestuale né successiva. Nel caso qualsivoglia riserva venisse unilateralmente apposta o comunque successivamente avanzata da una delle parti, il contratto si intenderà automaticamente risolto ai sensi del precedente art. 15, lett. f), e comunque non sarà sottoscrivibile per l'altra.

Art. 18 - Immodificabilità dell'accordo/contratto

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

Art. 19 - Norma di rinvio

Per tutto quanto non disciplinato dal presente accordo/contratto, si fa rinvio alle norme del codice civile, alla normativa nazionale e regionale di settore vigente, nonché al regolamento sulle modalità di fatturazione e di pagamento, allegato quale parte integrante del presente atto (**All. A**).

Art. 20 - 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. 21 - 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 e pubblicità; 6) Durata; 7) Corrispettivo, Tariffe e Regole di remunerazione; 8) Distribuzione dell'attività, governo delle liste di attesa, flussi informativi,

prescrizione dematerializzata e rischio clinico; 9) Valorizzazione di prestazioni erogabili e remunerazione 10) Requisiti e modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie - Privacy; 11) Controlli sull'attività sanitaria *ex art. 8 octies* D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.; 12) Modalità di fatturazione, liquidazione e termini per il pagamento della remunerazione; 13) Cessione dell'accordo/contratto; 14) Cessione dei crediti; 15) Risoluzione dell'accordo/contratto e recesso; 16) Controversie; 17) Clausole di salvaguardia; 18) Immodificabilità dell'accordo/contratto.

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

Roma, _____

La ASL

La struttura

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 a tutte le fatture, note di credito e note di debito emesse nei confronti delle Aziende Sanitarie, in conformità alla normativa vigente, ad eccezione di quelli esplicitamente esclusi dal presente regolamento.

“Fattura”: indica ciascuna Fattura, Nota di Credito o Nota di Debito emessa dalla Parte privata in formato elettronico, ai sensi della normativa vigente, e gestita obbligatoriamente attraverso 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 Politiche Sociali, 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.

“Nota provvedimento” : la nota regionale, avente valore di provvedimento amministrativo, con la quale viene comunicata la valorizzazione scaturita dall'esito dei controlli analitici esterni, che dovrà essere adottata e notificata alla Struttura, e in copia all'Azienda territorialmente competente, a conclusione del procedimento di controllo.

“Sistema di Interscambio” (di seguito **SDI**): il sistema informatico di supporto al processo di ricezione e successivo inoltro delle Fatture elettroniche alle amministrazioni destinatarie, nonché alla gestione dei dati in forma aggregata e dei flussi informativi, anche ai fini della loro integrazione nei sistemi di monitoraggio della finanza pubblica.

“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 dal sito della Regione Lazio, all'indirizzo internet <http://www.regione.lazio.it>, nell'Area Sanità/Crediti verso 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 immesse nel 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.

“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** 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 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.

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) 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, risonanza magnetica, 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) 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 un quota percentuale del valore di budget assegnato per l'anno di riferimento e relativo alla distribuzione dei farmaci (File F);
 - una fattura mensile (Fattura di Acconto) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di un 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.

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

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.

La Parte privata, a decorrere dal 1° ottobre 2019, 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.

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.

4.5 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.**

4.6 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 4.3.

4.7 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.

4.8 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.

4.9 In caso di pagamento nei termini di cui al precedente punto 4.8 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.

4.10 Resta fermo che, qualora la Parte privata risulti inadempiente alle verifiche Equitalia e/o DURC, i termini di cui ai precedenti punti 4.5 (Liquidazione e Certificazione) e 4.8 (Pagamento) devono intendersi sospesi durante il tempo previsto per l'espletamento delle procedure Equitalia e/o DURC.

4.11 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 Nel caso di cui al precedente art. 4. punto 4.6, 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 6.1.

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". L'Azienda Sanitaria, decorsi i termini per l'impugnazione della nota provvedimento conclusiva del procedimento sui controlli, qualora la Struttura non provveda ad emettere la Nota di Credito entro i termini previsti al punto 5.5, procede in ogni caso alla regolarizzazione dei Crediti riferiti a fatture poste in stato di blocco a titolo di recupero finanziario attraverso la presa d'atto della suddetta nota.

A partire dall'entrata in vigore del DCA n. 218 dell'8 giugno 2017, l'Azienda Sanitaria procede al recupero finanziario, richiedendo apposita nota di credito alla Struttura una volta ricevuta comunicazione da parte della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria della remunerazione definitiva spettante alla struttura, quale importo massimo riconoscibile tenuto conto degli importi derivanti dalla valorizzazione dei controlli su base automatica ed analitici esterni.

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 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.

5.7 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.

5.8 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 all'Azienda Sanitaria qualsiasi somma non dovuta, per qualsivoglia motivo, che sia stata pagata per errore. Tale rimborso dovrà avvenire sul conto corrente indicato dall'Azienda Sanitaria, entro e non oltre 15 giorni lavorativi dalla data di accredito sul conto corrente della Parte privata e/o dell'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso delle somme non dovute.

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'Azienda Sanitaria - ogni eccezione rimossa ed in aggiunta al ristoro di ogni spesa o costo (anche legali) sostenuti e/o danno eventualmente subito dall'Azienda stessa - 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 si impegna 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.

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.

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 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.

6.12 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 nell'Area Sanità/Crediti verso SSR/ Sistema Pagamenti, raggiungibile dal sito web della Regione Lazio all'indirizzo internet <http://www.regione.lazio.it>.

6.13 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.

6.14 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 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 mediante consegna, a mezzo ufficiale giudiziario o, in alternativa, a mezzo piego raccomandato aperto.

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.

7.4 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.

7.5 Le cessioni/mandati e le retrocessioni/revocche 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.

7.6 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.

7.7 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.

7.8 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.

7.9 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 4.7, 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.

7.10 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.

7.11 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.

7.12. Per tutto quanto non disciplinato dal presente regolamento, le modalità e i termini di cessione dei Crediti sono disciplinati esclusivamente dall'art. 106, comma 13, del D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.i.

Allegato 1
Modello Dichiarazioni



Le dichiarazioni che seguono devono essere rese dalla struttura complete dei dati richiesti e sottoscritte nelle forme stabilite dall'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

Si rammenta che la falsa dichiarazione comporta le conseguenze, le responsabilità e le sanzioni di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

In ordine alla veridicità delle dichiarazioni, la Regione Lazio si riserva di procedere a verifiche d'ufficio, anche a campione.

Non è ammessa la sostituzione dei certificati e delle dichiarazioni con fotocopie e duplicati non autenticati nelle forme previste dagli artt. 18 e 19 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____, domiciliato per la carica presso la sede societaria ove appresso, nella sua qualità di _____ e legale rappresentante e/o titolare della _____, con sede in _____, Via _____, capitale sociale Euro _____, _____ iscritta al Registro delle Imprese presso il Tribunale di _____ al n. _____, codice fiscale n. _____ e partita IVA n. _____, di seguito denominata "**struttura**",

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- 1) che nel libro soci di questa Impresa figurano i soci sotto elencati, titolari delle azioni/quote di capitale riportate a fianco di ciascuno di essi:

_____ %

_____ %

_____ %

totale 100 %

- 2) che il titolare ¹/soci delle s.n.c. / soci accomandatari delle s.a.s. / amministratori muniti di poteri di rappresentanza, socio unico, socio² di maggioranza in caso di società con meno di quattro

¹ Cancellare le dizioni che non interessano. Si precisa che in caso di cessione di azienda o di ramo di azienda, di fusione o incorporazione di società, si intendono cessati dalla carica i soggetti che hanno rivestito la carica presso la società cedente, fusa o incorporata nell'anno antecedente la data di sottoscrizione dell'accordo/contratto di budget.

² Nel caso di società con due soli soci, che siano in possesso ciascuno del 50% delle quote, devono essere indicati entrambi i soci.



soci, delle altre società o consorzi, che **ha/hanno rivestito e cessato tali cariche nell'anno antecedente alla data di sottoscrizione dell'accordo/contratto**, è/sono:

Cognome	Nome	Data e luogo di nascita	Codice fiscale	Carica rivestita

3) che il titolare³ / soci delle s.n.c. / soci accomandatari delle s.a.s. / amministratori muniti di poteri di rappresentanza, socio unico, socio⁴ di maggioranza in caso di società con meno di quattro soci, delle altre società o consorzi, **in carica alla data di sottoscrizione dell'accordo/contratto**, è/sono:

Cognome	Nome	Data e luogo di nascita	Codice fiscale	Carica rivestita

- 4) che a carico del sottoscritto e dei soggetti indicati ai punti precedenti non sussistono cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.d. 5;
- 5) 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;
- 6) che la struttura non si trova 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'impresa⁶;
- 7) 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

³ Cancellare le dizioni che non interessano.

⁴ Cfr. nota 2.

1) ⁵ Per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese:

- 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 presente dichiarazione dovrà riguardare tutti i soggetti di cui all'art. 85, comma 1) e 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 d. P.R. n. 445/2000 e s.m.i., relativa ai dati dei propri familiari conviventi.

⁶ Indicare eventualmente i provvedimenti che autorizzano il risanamento e/o la prosecuzione dell'attività d'impresa.



rapporti con la pubblica amministrazione di cui al D. Lgs. n. 231/01 e s.m.i., per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio⁷;

- 8) di aver ottemperato agli obblighi informativi in materia di diritto al lavoro dei disabili - secondo le modalità di cui all'art. 9 L. 12 marzo 1999, n. 68, come modificato dall'art. 40 del D.L. 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2008, n. 133 e s.m.i.;
- 9) di aver ottemperato al modello organizzativo di cui al D.Lgs. n. 231/2001, ovvero, l'avvenuta adozione del modello organizzativo di cui al D.Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. in materia di prevenzione dei reati⁸;
- 10) che non sussistono situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 53, comma 16 ter, del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. nonché dell'art. 4, comma 7, L. n. 412/1991 da parte di ciascun socio persona fisica che, in ultima istanza, possiede le quote o le azioni;
- 11) di aver ottemperato alla normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro, circa l'avvenuta valutazione dei rischi nell'ambiente di lavoro e, in ogni caso, dell'adempimento a tutte le prescrizioni di cui di cui al Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.

12) che, per quanto di propria conoscenza:

nei confronti dei soggetti indicati ai precedenti punti

- 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;
- 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. 231/01 e s.m.i., per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio⁹

ovvero

nei confronti di _____¹⁰

- 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;

⁷ 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.

⁸ Si precisa che per i contratti il cui valore sia inferiore a € 200.000 annuo, il modello organizzativo di cui al D.Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. deve essere adottato entro il 31 dicembre 2015.

⁹ Vedi nota 7.

¹⁰ Indicare nome e cognome del soggetto cessato dalla carica nell'ultimo anno.



- 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. 231/01 e s.m.i., per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, e più precisamente:

_____ ¹¹.

Da parte di questa struttura vi è stata completa ed effettiva dissociazione dalla condotta penalmente sanzionata, come è possibile evincere da _____;

- 13) che questa struttura è iscritta dal _____ al Registro delle Imprese di _____, al numero _____, tenuto dalla C.C.I.A.A. di _____, con sede in _____ Via _____, n. _____, CAP _____, costituita con atto del _____, capitale sociale deliberato Euro _____, capitale sociale sottoscritto Euro _____, capitale sociale versato Euro _____, termine di durata della società _____ ed ha ad oggetto sociale _____;

- 14) che l'amministrazione è affidata a: (Amministratore Unico, o Consiglio di Amministrazione composto da n. _____ membri) _____, i cui titolari o membri sono:

nome _____, cognome _____, nato a _____, il _____, codice fiscale _____, residente in _____, carica (Amministratore Unico, Presidente del Consiglio di Amministrazione, Amministratore Delegato) _____, nominato il _____ fino al _____, con i seguenti poteri associati alla carica: _____;

nome _____, cognome _____, nato a _____, il _____, codice fiscale _____, residente in _____, carica (Presidente del Consiglio di Amministrazione, Amministratore Delegato) _____, nominato il _____ fino al _____, con i seguenti poteri associati alla carica: _____;

nome _____, cognome _____, nato a _____, il _____, codice fiscale _____, residente in _____, carica (Consigliere) _____, nominato il _____ fino al _____, con i seguenti poteri associati alla carica: _____;

che _____ la/e _____ sede/i _____ secondaria/e _____ e _____ unità _____ locali è/sono: _____;

¹¹ Vanno indicate tutte le condanne penali, ivi comprese quelle per le quali il soggetto abbia beneficiato della non menzione. Non è necessario indicare le condanne quando il reato è stato depenalizzato ovvero per le quali è intervenuta la riabilitazione ovvero quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna ovvero in caso di revoca della condanna medesima.



che non sono state commesse violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e delle tasse secondo la legislazione italiana

Indicare l'ufficio/sede dell'Agenzia delle Entrate a cui rivolgersi ai fini della verifica:

Ufficio di _____, via _____, città _____, tel. _____, fax _____;

- 15) che non sono state commesse violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali secondo la legislazione italiana o dello Stato dove è stabilita l'impresa;
- 16) di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- 17) di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, l'accordo/contratto sarà risolto

_____, li _____

Timbro e Firma del legale rappresentante¹²

AVVERTENZE

Le dichiarazioni sono rilasciate anche ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. e, pertanto, deve esse prodotte unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

¹² La firma autografa deve essere accompagnata dalla fotocopia di un documento di identità (in corso di validità) del dichiarante.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA CERTIFICAZIONE ANTIMAFIA
(Art. 46 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.) (data di nascita)

residente a _____ (_____) in via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

in qualità di legale rappresentante di _____ che gestisce _____
(presidio o struttura), sito in _____ Via _____ n. _____, consapevole delle
sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.
76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i.

DICHIARA

1. che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D. Lgs. n. 159/2011 (antimafia)

N.B. Per contratti inferiori a 150.000,00 annui, la dichiarazione deve essere effettuata anche da tutti i soggetti di cui all'art. 85 del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. (vedi tabella sottostante);

Per contratti superiori a 150.000,00 annui, la dichiarazione deve essere accompagnata dalla dichiarazione sostitutiva, da parte dei soggetti di cui all'art. 85 del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i., dei dati dei propri familiari conviventi in modo stabile maggiori di età.

2. di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 18 del D. Lgs n. 196/2003 e s.m.i., i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo, data)

Il Dichiarante

	Art. 85 del D.Lgs. 159/2011
Impresa individuale	1. Titolare dell'impresa 2. Direttore tecnico (se previsto) 3. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1 e 2
Associazioni	1. Legali rappresentanti 2. Membri del collegio dei revisori dei conti o sindacale (se previsti) 3. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui al punto 1 e 2
Società di capitali o cooperative	1. Legale rappresentante 2. Amministratori 3. Direttore tecnico (se previsto) 4. Membri del collegio sindacale 5. Socio di maggioranza (nelle società con un numero di soci pari o inferiore a 4) 6. Socio (in caso di società unipersonale) 7. Membri del collegio sindacale o, nei casi contemplati dall' art. 2477 del codice civile, al sindaco, nonché ai soggetti che svolgono i compiti di vigilanza di cui all'art. 6, comma 1, lettera b) del D.Lgs 231/2001; 8. familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1-2-3-4-5-6-7

Società semplice e in nome collettivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tutti i soci 2. Direttore tecnico (se previsto) 3. Membri del collegio sindacale (se previsti) 4. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1,2 e 3
Società in accomandita semplice	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soci accomandatari 2. Direttore tecnico (se previsto) 3. Membri del collegio sindacale (se previsti) 4. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1,2 e 3
Società estere con sede secondaria in Italia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coloro che le rappresentano stabilmente in Italia 2. Direttore tecnico (se previsto) 3. Membri del collegio sindacale (se previsti) 4. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1, 2 e 3
Società estere prive di sede secondaria con rappresentanza stabile in Italia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coloro che esercitano poteri di amministrazione, rappresentanza o direzione dell'impresa 2. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui al punto 1
Società personali (oltre a quanto espressamente previsto per le società in nome collettivo e accomandita semplice)	<ol style="list-style-type: none"> 3. Soci persone fisiche delle società personali o di capitali che sono socie della società personale esaminata 4. Direttore tecnico (se previsto) 5. Membri del collegio sindacale (se previsti) 6. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1,2 e 3
Società di capitali anche consortili, per le società cooperative di consorzi cooperativi, per i consorzi con attività esterna	<ol style="list-style-type: none"> 1. Legale rappresentante 2. Componenti organo di amministrazione 3. Direttore tecnico (se previsto) 4. Membri del collegio sindacale (se previsti) 5. Ciascuno dei consorziati che nei consorzi e nelle società consortili detenga una partecipazione superiore al 10 per cento oppure detenga una partecipazione inferiore al 10 per cento e che abbia stipulato un patto parasociale riferibile a una partecipazione pari o superiore al 10 per cento, ed ai soci o consorziati per conto dei quali le società consortili o i consorzi operino in modo esclusivo nei confronti della pubblica amministrazione; 6. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1,2,3,4 e 5
Consorzi ex art. 2602 c.c. non aventi attività esterna e per i gruppi europei di interesse economico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Legale rappresentante 2. Eventuali componenti dell'organo di amministrazione 3. Direttore tecnico (se previsto) 4. Imprenditori e società consorziate (e relativi legale rappresentante ed eventuali componenti dell'organo di amministrazione) 5. Membri del collegio sindacale (se previsti) 6. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1,2,3,4 e 5
Raggruppamenti temporanei di imprese	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tutte le imprese costituenti il Raggruppamento anche se aventi sede all'estero, nonché le persone fisiche presenti al loro interno, come individuate per ciascuna tipologia di imprese e società 2. Direttore tecnico (se previsto) 3. Membri del collegio sindacale (se previsti) 4. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1, 2 e 3
Per le società di capitali anche consortili, per le società cooperative di consorzi cooperativi, per i consorzi con attività esterna e per le società di capitali con un numero di soci pari o inferiore a quattro (vedi lettera c del comma 2 art. 85) concessionarie nel settore dei giochi pubblici	<p>Oltre ai controlli previsti per le società di capitali anche consortili, per le società cooperative di consorzi cooperativi, per i consorzi con attività esterna e per le società di capitali con un numero di soci pari o inferiore a quattro, la documentazione antimafia deve riferirsi anche ai soci e alle persone fisiche che detengono, anche indirettamente, una partecipazione al capitale o al patrimonio superiore al 2 per cento, nonché ai direttori generali e ai soggetti responsabili delle sedi secondarie o delle stabili organizzazioni in Italia di soggetti non residenti. Nell'ipotesi in cui i soci persone fisiche detengano la partecipazione superiore alla predetta soglia mediante altre società di capitali, la documentazione deve riferirsi anche al legale rappresentante e agli eventuali componenti dell'organo di amministrazione della società socia, alle persone fisiche che, direttamente o indirettamente, controllano tale società, nonché ai direttori generali e ai soggetti responsabili delle sedi secondarie o delle stabili organizzazioni in Italia di soggetti non residenti. La documentazione di cui al periodo precedente deve riferirsi anche al coniuge non separato.</p>

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI OBBLIGHI DI ISCRIZIONE INPS/INAIL*resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000*

Il/La sottoscritto/a nato/a a il/...../.....C.F.
 residente in alla Vian.E-mailTel./Cell.
 nella qualità di rappresentante legale dell'Impresa/Associazione denominata
 con sede in Cod.Fisc./P.Iva
 e-mail pec
 Telefonocon riferimento alle verifiche sulla regolarità contributiva

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi (articolo 76, DPR n. 445/2000)

- l'insussistenza in capo alla Impresa/Associazione delle condizioni per l'iscrizione all'INPS/INAIL in quanto l'attività risulta svolta¹:

- in assenza di personale dipendente;
- in assenza di collaboratori a progetto;
- in assenza di collaboratori occasionali per cui scatti l'obbligo di iscrizione all'INPS ai sensi della normativa, di volta in volta, vigente;
- in assenza di qualsiasi altra figura per cui, in base alla normativa vigente, risulti obbligatoria l'iscrizione all'INPS/INAIL;
- con soci/associati che svolgono attività in qualità di volontari, senza percepire alcun compenso, eccezion fatta per l'eventuale rimborso spese debitamente documentato;
- con professionisti (titolari di Partita Iva) che adempiono in maniera autonoma al versamento dei contributi previdenziali agli enti competenti (G.S., Casse Professionali, ecc.).

- di aver/non aver ricevuto², nell'ultimo biennio, verbali di accertamento da parte delle Autorità preposte (INPS-INAIL-ASL-DPL-GdF) e di avere/non avere in corso verifiche da parte di dette Autorità (in caso affermativo indicare l'Autorità che ha in corso l'accertamento e l'esito del procedimento). Resta inteso che in pendenza di procedimento di accertamento, in assenza di provvedimenti amministrativi e/o giudiziali, il contratto non verrà risolto e i pagamenti non verranno sospesi, fatto salvo l'intervento sostitutivo (art. 48 bis d.P.R. n.602/73 e s.m.i. ovvero Circolare INPS n. 54 del 13 aprile 2012);

- di impegnarsi a informare, senza ritardo, la ASL di eventuali sopravvenute cause che determino l'obbligo di iscrizione della Impresa/Associazione all'INPS e/o INAIL e di ogni variazione significativa di quanto comunicato nella presente dichiarazione.

Roma,

Firma
(per esteso e leggibile)

Allegare copia di documento di identità in corso di validità

¹Segnare le caselle interessate (ad es, con √ oppure con X),

²Sottolineare la parte che si intende dichiarare, nel modo seguente: di ~~avere~~/non avere oppure di avere/~~non avere~~.