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

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

tra

ASL A.S.L. ROMA2 in persona del Direttore Generale in carica (oppure, del Commissario), legale rappresentante *p.t.*, con sede in **ROMA**, **00157, RM**, **Via Filippo Meda** n. **35**, in persona **Flori Degrassi**, C.F. **13665151000**, P.I. **13665151000** posta elettronica certificata **protocollo.generale@pec.aslroma2.it** (di seguito, per brevità "ASL")

e

Società/Ente morale Centro Ricerche Patologia Clinica srl - RSA Longoni, C.F. **04901090581**, P.I. **01323861003** con sede in **Roma**, **00144**, **RM**, **Viale Città d'Europa 664,** che gestisce **la struttura CENTRO RICERCHE PATOLOGIA CLINICA SRL -RSA LONGONI**, **accreditata** con **nr. DCAU00338 del 15/07/2015**, **posta elettronica certificata rsalongoni@pec.hcir.it**

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, commi 9 e seguenti, della legge 23 dicembre 1998, n.448, alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso, in misura proporzionale al concorso a tale superamento apportato dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture private non lucrative e dalle strutture private lucrative.*"

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

"*b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalita' di assistenza…omissis…*

d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a

consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali… omissis;

e bis) la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionale, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario programmato...omissis…";

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

- l'art. 8 *sexies* comma 1, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. dispone che "*omissis…Ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le attivita' di cui al comma 4 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione.*"

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

- la L.R. 3 marzo 2003, n. 4 e s.m.i., unitamente ai R.R. n.2/2007 e n. 13/2007, ha disciplinato il procedimento di rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, del titolo di accreditamento istituzionale e gli accordi contrattuali;

- con D.G.R. n. 66/2007 e n. 149/2007 la Regione Lazio ha approvato il Piano di Rientro, nel quale hanno trovato organica sistemazione tutti gli obiettivi e le misure amministrative propedeutiche al conseguimento del programmato risanamento finanziario, 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*;

- in coerenza con gli obiettivi posti dal Piano di rientro, la Regione Lazio intende porre su basi di maggiore e compiuta certezza i rapporti tra le Aziende Sanitarie Locali e gli erogatori privati di prestazioni sanitarie e riformulare un modello contrattuale uniforme per la disciplina dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, che tenga conto dell'evoluzione normativa nazionale ed europea, orientata

ad assicurare che le strutture siano in possesso, oltre i requisiti ulteriori per l'accreditamento, anche di requisiti minimi di affidabilità e onorabilità in ordine ad una corretta gestione del rapporto con la Regione, anche al fine di elevare standard di qualità e trasparenza;

- lo schema di accordo/contratto interviene a dare attuazione ai contenuti dei Piani Operativi 2013-2015, recependo le osservazioni dei Ministeri vigilanti;

- la ASL sottoscrive il presente accordo/contratto in attuazione delle determinazioni di cui al DCA n. U00324 del 06/07/2015 come modificato dal DCA n. U00555 del 20/11/2015 e 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.

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:

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;

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);

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;

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);

per "**prestazioni intraregionali"** si intendono quelle rese nei confronti dei soggetti iscritti al Servizio

Sanitario della Regione Lazio;

per "**prestazioni extra regionali"** si intendono quelle rese nei confronti dei soggetti iscritti al Servizio Sanitario di altre regioni;

per "**tariffe"** si intende la remunerazione riconosciuta per le singole prestazioni sanitarie dalla normativa regionale vigente *ratione temporis* all'atto della stipula del accordo/contratto, o comunque, in via residuale, dalla normativa nazionale (che rappresenta per le regioni in Piano di rientro un importo massimo non superabile) vigente all'atto della stipula dell'accordo/contratto;

per "**funzioni assistenziali"** si intendono i maggiori costi connessi alle attività di cui all'art. 8-*sexies*, comma 2, D. Lgs. 502/92 e s.m.i. "*remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le attivita' di cui al comma 4 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione*";

per "***budget***" si intende il livello massimo di remunerazione previsto nell'accordo/contratto sottoscritto con la struttura per cui vi è copertura nel bilancio di previsione di Parte pubblica e che rappresenta il tetto massimo invalicabile da parte della struttura quale corrispettivo per l'erogazione delle prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR.

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 le condizioni, i termini e le modalità di fatturazione e pagamento dei crediti derivanti da fatture emesse da i soggetti che intrattengono rapporti con il 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.

Art. 2. - Identificazione della struttura

1. La struttura **CENTRO RICERCHE PATOLOGIA CLINICA SRL -RSA LONGONI** è titolare di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale definitivo ovvero è titolare di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento provvisorio, ed è in corso la procedura finalizzata al rilascio dei titoli definitivi istituzionali per conto e a carico del Servizio Sanitario Regionale rilasciato dalla Regione Lazio, con provvedimenti **nr. DCAU00338 del 15/07/2015** relativamente alla struttura sita in **ROMA, 00155, RM**, **VIA EMILIO LONGONI 69**.

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:
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);
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;
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.;
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 precedente lett. c) del presente articolo dovrà riguardare tutti i soggetti di cui all'art. 85, comma 1) e 2);
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;
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;
che nei confronti del titolare o imprenditore o della compagine sociale non e 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 moralita professionale, per reati nei rapporti con la pubblica amministrazione di cui al D. Lgs. n. 231/01 e s.m.i., per uno o piu reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio; l'esclusione e il divieto in ogni caso non operano quando il reato e stato depenalizzato ovvero quando e intervenuta la riabilitazione ovvero quando il reato e stato dichiarato estinto dopo la condanna ovvero in caso di revoca della condanna medesima;
l'ottemperanza agli obblighi informativi in materia di diritto al lavoro dei disabili - secondo le modalità di cui all'art. 9 L. 12 marzo 1999, n. 68, come modificato dall'art. 40 del D.L. 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2008, n. 133 e s.m.i.;
l'ottemperanza 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 reati. 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;

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

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 e non dovranno trovarsi in situazioni di decadenza, sospensione e/o di divieto di cui alla normativa antimafia. Si intendono gravi le violazioni ostative al rilascio del documento unico di regolarità contributiva di cui all'articolo 2, comma 2, del d.l. 25 settembre 2002, n. 210, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 novembre 2002, n. 266.

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, 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.

5. La ASL e la struttura sono tenute a sottoscrivere l'accordo/contratto entro 30 giorni dalla comunicazione della Regione alla ASL dell'adozione del decreto di fissazione del livello massimo di risorse assegnabili (decreto di budget).

6. 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 il modello allegato al presente accordo/contratto, che ne forma 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; DURC di cui all'art. 31 del D.L. n. 69/2013, convertito dalla L. n. 98/2013; Certificato CCIAA o Iscrizione al REA; Casellario giudiziale).

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. La struttura si impegna, anche nel rispetto della lealtà e correttezza richiesta ad un concessionario di servizio pubblico, a comunicare, entro 30 giorni dal verificarsi del fatto o dell'atto, oltre a quanto previsto dagli artt. 13 e 14 del R.R. n. 2/2007 e s.m.i., ogni modificazione soggettiva dovesse intervenire in capo alla stessa.

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

Art. 4 - Comportamento secondo buona fede

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

Art. 5 - Prestazioni oggetto dell'accordo/contratto

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 di ricovero per Acuti;

- [ ] prestazioni di Riabilitazione Post- Acuzie;

- [ ] prestazioni di Lungodegenza medica;

- [ ] prestazioni di Laboratorio Analisi;

- [ ] prestazioni di Altra Specialistica;

- [ ] prestazioni APA;

- [ ] prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare;

- [X] prestazioni rivolte a persone non autosufficienti, anche anziane:

    - Trattamento intensivo;

- Trattamento estensivo;

- Trattamento di mantenimento;

- [ ] prestazioni in Hospice;

- [ ] prestazioni di Riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento (ex art. 26);

- [ ] prestazioni di Assistenza Psichiatrica territoriale;

prestazioni a rimborso:

- [ ] file F;

- [ ] prestazioni di dialisi;

- [ ] prestazioni di radioterapia;

- [ ] prestazioni relative al neonato sano;

- [ ] prestazioni osservazione breve intensiva;

- [ ] maggiori costi connessi alle attività di cui all'art. 8-*sexies*, comma 2, D. Lgs. 502/92 e s.m.i. (funzioni assistenziali);

- [ ] maggiori costi connessi alle attività di didattica e ricerca *ex a*rt. 7, comma 2, D. Lgs. 517/99.

Art. 6 – Durata

1. La durata del presente accordo/contratto decorre a partire dal **01/01/2016** fino al **31/12/2016**.
2. Non è ammesso il rinnovo tacito.
3. Qualora alla scadenza del presente accordo/contratto la ASL non abbia ancora provveduto a proporre il nuovo accordo/contratto, il presente accordo/contratto si intenderà prorogato, agli stessi patti e condizioni, fino alla proposta di sottoscrizione del successivo accordo/contratto.
4. Resta inteso che, allo scadere del termine di cui al precedente comma 1, qualora sia rideterminato il fabbisogno da parte della Regione, nel successivo accordo/contratto verranno conseguentemente adeguati condizioni, oggetto e corrispettivo pattuiti nel presente accordo/contratto, tenuto conto delle risorse finanziarie disponibili.

Art. 7 - Corrispettivo e Tariffe

1. L'importo indicato nel presente accordo/contratto deve intendersi quale limite massimo invalicabile pattuito a titolo di corrispettivo per le prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR erogate

correttamente e coerentemente con la configurazione di accreditamento.
2. la Regione dichiara che 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 D.P.C.M. 29.11.2001 e s.m.i.; le risorse economico-finanziarie a disposizione della Parte pubblica; i vincoli di bilancio e del Piano di rientro; le prestazioni specificamente richieste alla struttura contraente in coerenza con il titolo di accreditamento che possiede e che viene concretamente attivato a mezzo del presente accordo/contratto.
3. L'importo complessivo riconosciuto alla struttura ai sensi del presente accordo/contratto è di **€ 1902459,84** (budget), tetto massimo non superabile.
Si precisa che qualunque importo ulteriore è privo di copertura di bilancio per l'anno in corso e non sarà riconoscibile alla struttura; eventuali e/o ulteriori prestazioni erogate dalla struttura non saranno riconoscibili, nemmeno a titolo di indebito arricchimento.
4. Il budget e le tariffe rimangono invariati per tutta la durata del contratto, fatta salva l'applicazione di leggi e/o regolamenti nazionali di natura vincolante che dovessero intervenire nel corso della durata dell'accordo/contratto, nonché le ipotesi di cui agli articoli 1430 e 1431 Cod. civ.
5. Il prezzo unitario delle singole prestazioni di cui la struttura ha potestà di erogazione in base al presente accordo/contratto è quello fissato dalle tariffe regionali vigenti ratione temporis al momento della sottoscrizione dell'accordo/contratto e, comunque, in via residuale, dalle tariffe nazionali vigenti. Qualunque tariffa superiore a quanto previsto come massima dalla normativa nazionale deve comunque ritenersi nulla. Le prestazioni richieste sono esclusivamente quelle consentite dalla configurazione di accreditamento e le tariffe devono ritenersi a tutti gli effetti remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni, fatti salvi i rimborsi previsti per la somministrazione di farmaci rendicontati nel "File F".
6. Il budget complessivo rimane invariato, come copertura massima di spesa a carico del bilancio pubblico derivante dal presente accordo/contratto, anche nel caso in cui, per qualsiasi ragione, la tariffa delle singole prestazioni dovesse registrare aumenti e/o variazioni. Sarà, in tal caso, cura della struttura graduare la quantità e la tipologia delle prestazioni erogate in modo compatibile con il rispetto del tetto massimo di spesa fissato contrattualmente nel rispetto della configurazione di accreditamento e in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 8 quinquies, comma 2, lett. e bis) del D. Lgs. n.502/92 e s.m.i., che qui deve intendersi richiamato.
7. Qualora la stipula dell'accordo/contratto intervenga ad anno solare già iniziato e nel frattempo la struttura abbia erogato prestazioni in via di fatto, in continuità con il precedente accordo/contratto, il budget di cui al presente accordo/contratto riassorbe comunque le prestazioni sanitarie già erogate dalla struttura sulla base del provvedimento regionale di assegnazione del budget provvisorio.

Art. 8 - Distribuzione dell'attività

1. Al fine di consentire ai terzi beneficiari continuità nella fruizione delle prestazioni sanitarie, è impegno della struttura suddividere l'erogazione delle prestazioni nell'arco dell'intero anno solare, con un impegno all'erogazione mensile tendenzialmente omogeneo.
2. In particolare, la struttura deve garantire, in ogni caso, l'erogazione delle prestazioni nella misura

pari ad almeno il 10% del budget nei mesi di novembre e dicembre.
3. Le strutture sono tenute a comunicare per iscritto alla ASL di competenza il raggiungimento del budget assegnato.
4. Il numero dei pazienti ricoverati in regime di ricovero ordinario e i trattamenti riconducibili ai posti letto residenziali e semi residenziali non possono superare, in ogni giornata, il numero totale dei posti letto autorizzati e accreditati. Per quanto riguarda i ricoveri in DH – Day Surgery, il numero dei pazienti ricoverati non può superare, in ogni giornata lavorativa, il doppio del numero complessivo dei posti letto autorizzati e accreditati per il ciclo diurno.
5. Resta inteso che la struttura non deve fornire prestazioni con onere a carico del SSR qualora non coerenti con la configurazione di accreditamento e/o qualora eccedenti il budget assegnato e/o comunque qualora violino il contenuto del presente accordo/contratto.
6. La struttura comunica alla ASL e alla Regione Lazio, con congruo anticipo, eventuali sospensioni di funzioni o attività sanitarie, oggetto del presente accordo/contratto; il preavviso, che deve essere effettuato a mezzo PEC o racc. a.r., deve essere tale da garantire continuità assistenziale e da evitare disagio all'utenza.
7. Nell'ambito del budget assegnato e della configurazione di accreditamento, le prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR devono essere rese nel rispetto degli obiettivi di programmazione e di indirizzo regionale, dei criteri di congruità e appropriatezza, nonché con finalità di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure erogate, tenendo conto del governo delle liste d'attesa in ambito ospedaliero e specialistico.

Art. 9 -Valorizzazione di prestazioni erogabili e corrispettivo massimo annuale/pluriennale

1.
a) **per le prestazioni per acuti:** il Budget assegnato alla struttura dal decreto commissariale n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____**,** per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari).
Le strutture che erogano prestazioni per acuti nell'ambito della programmazione regionale delle attività ospedaliere per acuti, nella logica dell'integrazione pubblico-privato e della solidarietà di sistema, sono tenute a mettere a disposizione i posti letto richiesti per il ricovero di pazienti provenienti da PS/DEA nel periodo di particolare congestionamento del settore dell'emergenza ospedaliera segnalato dallo stesso PS/DEA e/o dalla relativa Direzione Sanitaria. L'attività di cui sopra si intende comunque dovuta entro il limite massimo del 20% dell'attività di ricovero (prestazioni) consentita alla struttura ed è ricompresa nei limiti massimi del budget assegnato; è fatta salva l'accettazione espressa di una percentuale maggiore da parte della struttura. Durante i periodi dei picchi influenzali, la percentuale del 20% sale al 35% su espressa richiesta della Regione, fatte salve soglie più elevate previa tempestiva intesa con le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative. Le strutture appartenenti alle "Reti tempo-dipendenti" sono comunque soggette agli accordi della relativa Rete di afferenza. Nei casi di richiesta di ricovero di pazienti dai P.S. pubblici

alle strutture, queste ultime, qualora abbiano raggiunto il budget assegnato dalla Regione, sono tenute a negare la propria disponibilità al ricovero, segnalandolo per iscritto al soggetto richiedente.

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

c) **per le prestazioni di lungodegenza medica:** il Budget assegnato alla struttura dal decreto commissariale n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____**,** per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____**,** comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari);

d) **per prestazioni di specialistica ambulatoriale:**

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

d.2) **Altra Specialistica:** il Budget assegnato alla struttura dal decreto commissariale n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa;

d.3) **prestazioni APA:** il Budget assegnato alla struttura dal decreto commissariale n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa;

d.4) **prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare:** il Budget assegnato alla struttura dal decreto commissariale n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa;

e) **per le prestazioni di RSA:** il Budget assegnato alla struttura dal decreto commissariale n. **DEL802/CS** del **28/06/2016** per il periodo di riferimento dal **01/01/2016** al **31/12/2016** è di € **1902459,84**, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio; l'importo del budget assegnato si riferisce alla sola quota a carico del SSR;

f) **per le prestazioni in Hospice:** il Budget assegnato alla struttura dal decreto commissariale n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____**.** Tale budget si riferisce solo ai cittadini

residenti nella Regione Lazio;

g) **per le prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento (ex art. 26):** il Budget assegnato alla struttura dal decreto commissariale n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____**.** Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio; l'importo del budget assegnato si riferisce alla sola quota a carico del SSR;

h) **per le prestazioni di assistenza psichiatrica territoriale:** il Budget alla struttura dal decreto commissariale n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____**.** Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio;

i) **per i maggiori costi connessi alle attività di cui all'art. 8-sexies, comma 2, D. Lgs. 502/92 e s.m.i. :** il finanziamento assegnato alla struttura dal decreto commissariale n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____**;**

j) **per i maggiori costi connessi all'attività di didattica e ricerca di cui all'art. 7, comma 2, D. Lgs. n. 517/99 e s.m.i.:** il finanziamento assegnato alla struttura dal decreto commissariale n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____**.**

2. Tenuto conto di quanto chiarito sopra, la struttura prende atto e con il presente accordo/contratto conferma di accettare quale tetto massimo annuo per le Prestazioni Sanitarie da erogare per conto e con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale (di seguito denominato "Tetto Massimo Annuo") l'importo di Euro **19024599,84 (unmilionenovecentoduemilaquattrocentocinquantanove/ottantaquattro)**, pari alla somma delle voci **e.**

3. La struttura si impegna a mettere settimanalmente a disposizione del sistema ReCUP regionale, non appena avviato, una percentuale richiesta dalla ASL e, comunque non inferiore al 30% delle proprie agende sul totale delle prestazioni erogabili, in conformità con quanto disposto dal DCA 437/2013, recante il "Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2013 – 2015" e dalla DGR 157/2014, in coerenza con i requisiti di accreditamento e di erogabilità fissati dalla normativa vigente regionale e nazionale.

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 requisiti di cui alla D.G.R. 14.7.2006, n. 424, come aggiornati dai Decreti del Commissario ad acta nn. 90/2010 e 8/2011 e 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 delle apparecchiature nel tempo e si impegna a tenere a disposizione della ASL e della Regione Lazio, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e la documentazione dell'attività di manutenzione effettuata.

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

Dati anagrafici del paziente;

Tipo di trattamento richiesto.

5. La struttura si impegna a svolgere le prestazioni sanitarie nel pieno rispetto del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e, in particolare, nel rispetto di quanto previsto al titolo V del decreto medesimo, rubricato: "Trattamento di dati personali in ambito sanitario", obbligandosi ad osservare le misure minime di sicurezza e, segnatamente, per il trattamento dei dati con strumenti elettronici, a predisporre quanto richiesto dall'art. 34 del richiamato Codice:

l'autenticazione informatica;

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

l'utilizzazione di un sistema di autorizzazione;

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

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

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

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

6. Le strutture si impegnano ad adempiere in modo diligente e costante al proprio debito informativo, secondo i tempi e le modalità stabilite dalla normativa nazionale e regionale.

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

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:

predisporre condizioni organizzative tali da consentire l'acquisizione da parte della ASL e della Regione, anche attraverso gli strumenti informatici, di ogni dato ritenuto utile a legittimamente verificare il corretto adempimento;

consegnare alla ASL o alla Regione la documentazione relativa alle prestazioni sanitarie rese.

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, si applica la disciplina nazionale e regionale in materia di controlli.

Art. 12 - Modalità di fatturazione, liquidazione e termini per il pagamento del corrispettivo

1. Le modalità di fatturazione e di pagamento del corrispettivo di cui al presente accordo/contratto sono disciplinate dal regolamento allegato al presente accordo/contratto e parte integrante dello

stesso.

2. La ASL si impegna, per tutta la durata del rapporto contrattuale, a remunerare mensilmente alla struttura:

a) nel caso di prestazioni assistenziali sanitarie erogate da Ospedali Classificati, Policlinici Universitari non Statali e IRCCS privati, per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria,

- una **Fattura** mensile **di Acconto** di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) del 95% delle risorse assegnate per l'anno di riferimento nei limiti della produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, al massimo pari al valore della rata definita dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, da emettere dall'ultimo giorno del mese a cui si riferisce la rata di acconto, sommato, ove spettante, ad 1/12 (un dodicesimo) del 95% della quota assegnata come finanziamento riconosciuto per l'erogazione di particolari funzioni assistenziali di cui all'art. 8 sexies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e all'art. 7, comma 2, del D.Lgs. 517/99 e s.m.i., per l'anno di riferimento; tale importo dovrà essere fatturato e corrisposto nei termini e con le modalità di cui al regolamento allegato al presente accordo/contratto. Si precisa che nella **Fattura** mensile **di Acconto** sono compresi anche gli importi derivanti dalla valorizzazione di specifiche tipologie di prestazioni soggette a rimborso (a titolo esemplificativo e non esaustivo, dialisi, neonato sano, radioterapia, File F, ecc.);
- una **Fattura di saldo,** calcolata sul totale delle prestazioni sanitarie effettivamente erogate nell'anno di riferimento, entro il limite massimo delle risorse assegnate, e, ove spettante, sul totale dei maggiori costi sostenuti e rendicontati per l'erogazione di particolari funzioni assistenziali, di cui al comma 2 dell'art. 8 sexies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e all'art. 7, comma 2, del D. Lgs. n. 517/99 e s.m.i., nel rispetto del finanziamento riconosciuto per l'anno di riferimento, al netto dell'importo delle Fatture di Acconto emesse e degli abbattimenti applicati in esito ai controlli automatici e/o esterni. Si precisa che nella **Fattura di saldo** sono compresi anche gli importi derivanti dalla valorizzazione di specifiche tipologie di prestazioni soggette a rimborso (a titolo esemplificativo e non esaustivo, dialisi, neonato sano, radioterapia, File F, ecc.);

b) nel caso di prestazioni assistenziali sanitarie erogate da tutte le altre strutture, per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria,

- una **Fattura** mensile, di importo pari alla produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per l'anno di riferimento;
- ove spettante, una **Fattura** annuale relativa ai maggiori costi sostenuti e rendicontati per l'erogazione di particolari funzioni assistenziali, di cui al comma 2 dell'art. 8 sexies del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. e all'art. 7, comma 2, del D. Lgs. 517/99 e s.m.i., nel rispetto del finanziamento riconosciuto per il maggior assorbimento di risorse per l'anno di riferimento;
- ove spettante, una **Fattura** mensile, di importo pari alla valorizzazione della produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, per specifiche tipologie di prestazioni soggette a rimborso (a titolo esemplificativo e non esaustivo, dialisi, neonato sano, radioterapia, ecc.).

4. La liquidazione e/o l'avvenuto saldo non pregiudicano, in alcun modo, la ripetizione di somme che, sulla base dei controlli effettuati sulle prestazioni sanitarie erogate, risultassero non dovute, in tutto o in parte.

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

accertamenti:
a) che la prestazione sia stata effettivamente resa;
b) che la prestazione resa rientri, per tipologia, quantità e caratteristiche, tra quelle oggetto del presente accordo/contratto e che sia coerente e conforme alla configurazione di accreditamento;
c) che la prestazione sia stata resa in modo congruo e appropriato, secondo la tempistica prevista dalla normativa vigente in materia.
6. La ASL deve, inoltre, verificare che:
d) 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;
e) l'importo richiesto non superi il budget massimo complessivo di cui al presente accordo/contratto e per cui vi è copertura di spesa a carico del bilancio pubblico, come previsto al precedente articolo 7;
f) la regolarità amministrativo contabile delle fatture stesse in base alla normativa vigente;
g) verifica della posizione della struttura, secondo quanto disposto dal D.M. 24 ottobre 2007 e dall'art. 48-bis del DPR 602/73.
7. All'esito del procedimento di controllo sulle prestazioni sanitarie, qualora, effettuate le verifiche, emerga un saldo negativo o un importo da recuperare, la ASL, relativamente agli importi derivanti dai valori concordati, richiede alla struttura l'emissione di una nota di credito, secondo i tempi e con le modalità definite nel regolamento allegato al presente accordo/contratto e parte integrante dello stesso.
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 accordo/contratto, previa formale diffida, ai sensi del successivo art. 15.
9. E' preciso dovere della struttura, in caso di discordanza sull'esito dei controlli, adoperarsi per la conclusione del procedimento; in caso contrario, la condotta non diligente verrà valutata ai fini del corretto adempimento agli obblighi contrattuali.

Art. 13 - Cessione dell'accordo/contratto

1. Il presente accordo/contratto non può essere ceduto, nemmeno in parte.
La cessione dell'accordo/contratto costituisce grave inadempimento ai sensi del successivo art. 15 ed è causa di risoluzione dello stesso.

Art. 14 - Cessione dei crediti

1. Le modalità e i termini di cessione dei Crediti derivanti dal presente accordo/contratto sono disciplinati dal regolamento allegato al presente contratto, al quale si rinvia integralmente.

Art. 15 - Risoluzione dell'accordo/contratto

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:
diniego definitivo e/o revoca dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento definitivo, ovvero di quello provvisorio;
accertata definitiva carenza dei requisiti oggettivi e/o soggettivi richiesti di cui al precedente art. 3;
accertata incapacità di garantire le prestazioni sanitarie per le quali la struttura è accreditata;
falsità di alcuna delle dichiarazioni rese di cui al precedente art. 3, comma 2, lettere a), b), c), d), e) ed f);
violazione del precedente art. 13, in materia di cessione dell'accordo/contratto;
violazione del successivo art. 17, comma 3, del presente accordo/contratto.
6. Qualora si verifichino 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 ricoverare 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 nella cui giurisdizione ha sede la Regione Lazio, con esclusione di ogni Foro concorrente e di qualsiasi devoluzione arbitrale.

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

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

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

Art. 19 - Norma di rinvio

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

regolamento sulle modalità di fatturazione e di pagamento, parte integrante dello stesso.

Art. 20 – Registrazione

1. 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.

Art. 21 - Elezione di domicilio

1. 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, 23/01/2017

La ASL A.S.L. ROMA2

La struttura Centro Ricerche Patologia Clinica srl - RSA Longoni

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; Art. 4 Comportamento secondo buona fede; 6) Durata; 7) Corrispettivo e Tariffe; 8) Distribuzione dell'attività, esonero, autorizzazione; 9) Valorizzazione di prestazioni erogabili e corrispettivo massimo annuale/biennale; 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 del corrispettivo; 13) Cessione dell'accordo/contratto; 14) Cessione dei crediti; 15) Risoluzione dell'accordo/contratto; 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, 23/01/2017

La ASL A.S.L. ROMA2

La struttura Centro Ricerche Patologia Clinica srl - RSA Longoni

Firmato da : ROSALBA PIEMONTESE 25/01/2017; NICCOLO' FALEZ 23/01/2017;

DISCIPLINA UNIFORME DELLE MODALITA' DI FATTURAZIONE E DI PAGAMENTO DEI CREDITI VANTATI NEI CONFRONTI DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI, DELLE AZIENDE OSPEDALIERE, DEI POLICLINICI UNIVERSITARI PUBBLICI, DEGLI IRCCS PUBBLICI E DELL'AZIENDA ARES 118

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, i Policlinici Universitari pubblici, gli IRCCS pubblici e l'Azienda ARES 118.

*"**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.

"***Parte privata***": la Struttura 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***": Fattura mensile, derivante dall'erogazione, da parte delle Strutture, di prestazioni in regime di assistenza ospedaliera e assistenza specialistica, ovvero, a titolo

esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni di *acuti, riabilitazione post-acuzie, lungodegenza, neonato sano, assistenza specialistica ambulatoriale, risonanza magnetica, APA, altra specialistica, dialisi e radioterapia,* valorizzata con un importo corrispondente ad una quota percentuale della produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento e validata dall'Area Servizio Informativo Sanitario della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria, nei limiti di 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale, definita negli accordi o contratti di budget, delle risorse assegnate per l'anno di riferimento, e, ove spettante, ad un dodicesimo di un valore percentuale della quota assegnata come finanziamento riconosciuto per il maggior assorbimento di risorse per l'erogazione di particolari funzioni assistenziali, di cui al comma 2, dell'art. 8 *sexies* del D.lgs. 502/1992 e s.m.i. e al comma 2, dell'art. 7 del D.lgs. 517/99 e s.m.i., per l'anno di riferimento. (Si precisa che le suddette quote percentuali sono definite negli accordi o contratti di budget.)

Si precisa che nella Fattura mensile di Acconto dovranno essere compresi anche gli importi derivanti dalla valorizzazione di specifiche tipologie di prestazioni soggette a rimborso (a titolo esemplificativo e non esaustivo, dialisi, neonato sano, radioterapia, file F, ecc.).

*"**Fattura di Saldo**"*: Fattura derivante dall'erogazione, da parte delle Strutture, di prestazioni in regime di assistenza ospedaliera e assistenza specialistica, ovvero, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni di *acuti, riabilitazione post-acuzie, lungodegenza, neonato sano, assistenza specialistica ambulatoriale, risonanza magnetica, APA, altra specialistica, dialisi e radioterapia,* valorizzata con l'importo comunicato dalla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, calcolato sul totale delle prestazioni sanitarie erogate nell'anno di riferimento, entro il limite massimo delle risorse assegnate per il medesimo anno e, ove spettante, sulla quota assegnata per l'anno di riferimento come finanziamento riconosciuto per il maggior assorbimento di risorse per l'erogazione di particolari funzioni assistenziali, 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.

*"**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 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, 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 , 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. Nel caso di Fornitori/ Prestatori di beni e servizi esclusi dall'applicazione della norma sulla fatturazione elettronica, indica il giorno di effettiva immissione delle fatture nel Sistema Pagamenti e, anche in questo caso, rappresenta la data di riferimento per il calcolo dei termini previsti per la liquidazione/certificazione e il pagamento delle fatture stesse.

"***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***": indica i Cessionari *pro-soluto* o *pro-solvendo* dei Crediti derivanti dal Contratto, che devono accettare anch'essi, espressamente e integralmente nell'Atto di Cessione, i termini e le condizioni 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 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 all'Azienda Sanitaria.

*"**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 Le Parti private e l'eventuale Cessionario, 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 partecipa con un ruolo di coordinamento e supporto tecnico, monitorando che il procedimento di pagamento avvenga in modo uniforme, 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 *La Parte privata, 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 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 emesse da Farmacie che emettono anche DCR (Distinta Contabile Riepilogativa), ovvero relative a prestazioni di assistenza farmaceutica;

(iv) 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 mediante l'immissione nel 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 potrà prevedere le seguenti fattispecie:*

Per le Prestazioni erogate in regime territoriale, *fatturazione in base alla produzione*

effettivamente erogata nel mese di riferimento;

Per le Prestazioni erogate in regime di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica:

(B1) *fatturazione in base alla produzione effettivamente erogata nel mese di riferimento,*

(B2) *oppure, fatturazione in acconto e saldo.*

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

Per le Prestazioni erogate in regime di assistenza territoriale, ovvero, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni neuropsichiatriche, terapeutiche riabilitative, socio-riabilitative, ex art. 26 L. 833/78, soggetti che esercitano l'attività di Hospice, residenze sanitarie assistenziali, centri diurni *, 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.*

Per le Prestazioni erogate in regime di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica, ovvero, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni di acuti, riabilitazione post-acuzie, lungodegenza, neonato sano, assistenza specialistica ambulatoriale, risonanza magnetica, APA, altra specialistica, dialisi e radioterapia:

(B1) nel caso di fatturazione in base alla produzione effettivamente erogata nel mese di riferimento*, **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 l'anno di riferimento e, ove spettante, una Fattura annuale relativa ai maggiori costi sostenuti e rendicontati per l'erogazione di particolari funzioni assistenziali, di cui al comma 2 dell'art. 8* sexies *del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e all'art. 7, comma 2, del D.lgs. 517/99 e s.m.i., nel rispetto del finanziamento riconosciuto per l'anno di riferimento.*

(B2) nel caso di fatturazione con acconto e saldo, l'emissione di:

*- una Fattura mensile (**Fattura di Acconto**), per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria, di importo pari a:*

(i) 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale delle risorse assegnate per l'anno di riferimento nei limiti della produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, al massimo pari al valore della rata definita dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, da emettere dall'ultimo giorno del mese a cui si riferisce la rata di acconto;

(ii) e, ove spettante, 1/12 (un dodicesimo) di un valore percentuale della quota assegnata per l'anno di riferimento, come finanziamento riconosciuto per l'erogazione di particolari funzioni assistenziali, di cui al comma 2 dell'art. 8 sexies *del D.lgs. 502/1992 e s.m.i. e all'art. 7, comma 2, del D.lgs. 517/99 e s.m.i. ;*

(iii) e, ove spettante, una quota percentuale della produzione derivante dalla valorizzazione di specifiche tipologie di prestazioni soggette a rimborso (a titolo esemplificativo e non esaustivo, dialisi, neonato sano, radioterapia, file F, ecc.).

Le suddette percentuali sono definite in sede di accordo/contratto di budget.

Tale Fattura potrà essere emessa dalla Struttura dall'ultimo giorno del mese a cui si riferisce l'acconto;

*- una Fattura (**Fattura di Saldo**), per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria, di importo pari al saldo, comunicato dalla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, calcolato:*

(i) sul totale delle prestazioni sanitarie effettivamente erogate nell'anno di riferimento, entro il limite massimo delle risorse assegnate nel medesimo anno;

(ii) e, ove spettante, sul totale dei maggiori costi sostenuti e rendicontati per l'erogazione di particolari funzioni assistenziali, di cui al comma 2 dell'art. 8 sexies *del D.lgs. 502/1992 e s.m.i. e all'art. 7, comma 2, del D.lgs. 517/99 e s.m.i., nel rispetto del finanziamento riconosciuto per l'anno di riferimento;*

(iii) e, ove spettante, sul totale della produzione derivante dalla valorizzazione di specifiche tipologie di prestazioni soggette a rimborso (a titolo esemplificativo e non esaustivo, dialisi, neonato sano, radioterapia, file F, ecc.).

Gli importi di saldo sono determinati al netto degli abbattimenti applicati in esito ai controlli automatici e/o esterni e dell'importo delle Fatture di Acconto emesse per l'anno di riferimento. Tale Fattura dovrà essere emessa dalla Struttura entro il 30 aprile dell'anno successivo alla chiusura dell'esercizio di competenza, secondo i termini e le indicazioni forniti dalla Regione. Qualora entro la suddetta scadenza non fosse ancora disponibile il dato relativo agli esiti dei controlli esterni, le eventuali somme da recuperare verranno successivamente compensate con Crediti dovuti, oggetto delle prime fatture utili emesse dalla Struttura non ancora in stato "Liquidata".

***4.4** I Fornitori/Prestatori di beni e servizi 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, mediante l'immissione delle stesse, in conformità alla*

normativa vigente, direttamente nel Sistema di Interscambio, che provvede a sua volta a trasmettere le Fatture al Sistema Pagamenti, ovvero, mediante l'immissione nel 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 elettronico mediante l'immissione nel Sistema Pagamenti. In ogni caso, il solo invio elettronico risulta sufficiente al fine degli adempimenti fiscali, ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente.

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, 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. 6, 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, 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 ad un erroneo pagamento a favore della Parte privata e/o all'eventuale Cessionario, 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, successivamente alla determinazione della produzione riconoscibile per l'esercizio di competenza, entro i limiti massimi di finanziamento e al netto degli abbattimenti applicati in esito ai controlli, successivamente all'effettuazione delle comunicazioni previste dalla normativa vigente, il totale Certificato e/o pagato, per l'esercizio di competenza, risulti eccedente il totale riconosciuto, l'Azienda Sanitaria ha il diritto di 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 saldo negativo o 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,*

> ***(i) relativamente agli importi derivanti dai valori 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"; 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, sulle quali verranno applicati gli interessi al tasso legale di cui all'art. 1284 c.c.**;***
>
> ***(ii) relativamente agli importi derivanti dai valori non concordati tra le parti****, l'Azienda Sanitaria, in attesa della definizione del procedimento amministrativo di cui alla vigente normativa regionale sui controlli e/o di quello giudiziale ove promosso, provvede a sospendere, su Crediti dovuti, l'erogazione di importi pari a quelli non concordati, attraverso l'apposizione dello stato "Bloccata" sulle prime fatture utili emesse dalla Struttura non ancora in stato "Liquidata".*

5.5 *La Struttura, relativamente agli importi derivanti dai valori concordati all'esito dei controlli, a seguito della richiesta dell'Azienda Sanitaria, deve emettere ed inviare a quest'ultima la nota di credito di cui entro al precedente punto 5.4 (i), 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 di tali somme derivante dai controlli 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.*

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

6.1 *La Parte privata e/o l'eventuale Cessionario 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 e/o dalla Regione Lazio, entro e non oltre 15 giorni lavorativi dalla data di accredito sul conto corrente della Parte privata e/o dell'eventuale Cessionario delle somme non dovute.*

6.2 *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 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 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 Cod. civ., 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.*

6.3 *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.*

6.4 *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.*

6.5 *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 immesso nel 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.*

6.6 *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).*

6.7 *La Parte privata, anche nel caso di invio da parte dei Fornitori/Prestatori di beni e servizi delle Fatture direttamente allo SDI, 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 e dichiarando pertanto sul Sistema Pagamenti, mediante sottoscrizione con firma digitale a norma Digit PA, nella sezione a ciò dedicata, 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 ad indicare in ciascuna Fattura unicamente uno di tali conti correnti.

6.8 *I Fornitori/Prestatori di beni e servizi che effettuino l'invio delle Fatture direttamente allo SDI, si obbligano ad indicare in ciascuna Fattura il conto corrente bancario o postale dedicato, anche non in via esclusiva, dichiarato sul Sistema Pagamenti come espressamente previsto nel precedente punto 6.7, nonché a comunicare tramite il Sistema Pagamenti tutte le informazioni relative agli adempimenti e agli obblighi contenuti nel presente regolamento.*

6.9 *La Parte privata si obbliga 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.*

6.10 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 .

6.11 *La Parte privata deve 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.*

6.12 *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, agli Istituti di Credito o Finanziari di cui alla Legge n. 52/91 e s.m.i., ovvero a soggetti terzi, i Crediti nella loro esclusiva e incondizionata titolarità, notificando all'Azienda Sanitaria l'atto di cessione e immettendo copia integrale dello stesso in formato digitale nel Sistema Pagamenti,* ***entro 5 giorni dalla notifica della cessione.***

7.2 *Gli atti di cessione devono essere necessariamente predisposti nel rispetto delle forme previste dalla vigente normativa e la cessione deve essere notificata all'Azienda Sanitaria mediante consegna, a mezzo ufficiale giudiziario o, in alternativa (a scelta del cedente e del Cessionario), a mezzo piego*

raccomandato aperto, di un estratto del relativo atto di cessione, contenente l'elenco delle Fatture oggetto di cessione.

7.3 *Gli atti di cessione 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 ciascuna Fattura al relativo atto di cessione.*

7.4 *Si precisa che in caso di retrocessione è obbligo dell'ultimo Cessionario intervenuto liberare le Fatture precedentemente collegate alla cessione per la quale è stata notificata all'Azienda Sanitaria la retrocessione stessa, a tal fine è necessario procedere all'immissione, nel Sistema Pagamenti, della copia integrale in formato digitale della documentazione attestante la retrocessione, nonché selezionando tale documento all'atto di rimozione delle Fatture dalla precedente cessione.*

7.5 *Le cessioni e le retrocessioni non sono opponibili all'Azienda Sanitaria in caso di mancato collegamento, all'interno del Sistema Pagamenti, di ciascuna Fattura al relativo atto di cessione o alla relativa retrocessione, 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 retrocedere le 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 o alla retrocessione, che, pertanto, non sono opponibili all'Azienda Sanitaria relativamente a tale Fattura.*

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

7.8 *Le cessioni 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 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.*