ADDENDUM

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

Modifiche artt. 7, 8, 9 e 19 Disciplina giuridica schema contrattuale *ex* DGR n. 1186/2024 come modificata e aggiornata con DGR n. 440/2025

- Corrispettivo 2026 –

CIG BA569841A4

***Addendum* all'accordo/Contratto *ex* art. 8 *quinquies* D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.**

tra

ASL AZIENDA USL LATINA, C.F. **01684950593**, P.I. **01684950593**, con sede in **VIALE NERVI SNC - CENTRO DIREZIONALE LATINA FIORI PAL G2**, **LATINA**, **04100 LT**, in persona del suo legale rappresentante *p.t.*, oppure di un suo incaricato (come da relativo atto di attribuzione dei poteri agli atti dell'ASL), posta elettronica certificata **amministrazione@pec.ausl.latina.it** (di seguito, per brevità "ASL")

e

Società/Ente morale VILLA SILVANA SPA (denominazione e ragione sociale), C.F. , P.I. **05616331004** con sede in **Viale Cassala n. 22**, **MILANO**, **20100 MI,** in persona del suo legale rappresentante p.t., oppure di un suo incaricato (come da relativo atto di attribuzione dei poteri trasmesso alla ASL), che gestisce la struttura **VILLA SILVANA SPA**, codice NSIS **120278** codice SIAS **111011110**, posta elettronica certificata, **villasilvana-amministrazione@pec.it** accreditata con i seguenti provvedimenti amministrativi

nr. DCAU00122 del 20/04/2018,
nr. DCAU00091 del 08/07/2020

(di seguito per brevità "la struttura")

PREMESSO che

- con DGR Lazio n. 1186 del 30/12/2024, avente ad oggetto "*Definizione dei livelli massimi di finanziamento, dei criteri di assegnazione dei budget 2025 e delle regole di remunerazione. Modifiche allo schema di Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. per gli anni 2025-2026* ", è stato:

  - definito il livello massimo di finanziamento, i criteri di assegnazione dei *budget* 2025 e delle regole di remunerazione;

  - aggiornato lo schema di Accordo/Contratto *ex* art. 8 *quinquies* D. Lgs. 502/92 e s.m.i., di cui alla DGR n. 695/2022, così come modificato e integrato dalle DGR n. 310/2023, n. 977/2023 e n. 126/2024, relativamente alle annualità 2025-2026, in considerazione dei provvedimenti regionali e della normativa nazionale intervenuta in materia;

  - aggiornato il regolamento denominato "*Disciplina uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS Pubblici, dell'Azienda ARES 118 e della Fondazione Policlinico Tor Vergata - ex DCA n. U00032 del 30 gennaio 2017*" *ex* DCA n. 247/2019 e s.m.i., e approvato il testo del regolamento;

- approvato lo schema di accordo/contratto, così come modificato, avente efficacia per le annualità 2025-2026, al quale è allegata la già menzionata Disciplina Uniforme sulle modalità di fatturazione e pagamento, quale parte integrante del contratto stesso;

- con DGR Lazio n. 440 del 12/06/2025 è stata in parte modificata la DGR n. 1186/2024, in particolare con riferimento a:

- l'Allegato 1, contenente i criteri di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera – Esercizio 2025;

- l'Allegato 2, contenente l'elenco delle prestazioni cd. "Critiche" con le codifiche del Catalogo Unico Regionale delle prestazioni specialistiche di cui alle Determinazioni n. G00001 del 2 gennaio 2025 e n. G00169 del 10 gennaio 2025;

- lo schema di accordo/contratto di *budget* di cui alla DGR n. 1186/2024, specificando che " *sono stati rilevati alcuni refusi non sostanziali, che si ritiene utile emendare;*" e, pertanto, stabilisce di *"approvare l'Allegato 3, come modificato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, relativo allo schema di Accordo/Contratto ex art. 8-quinquies D. Lgs. 502/92 e s.m.i., annualità 2025-2026, che sostituisce integralmente l'Allegato 3 della DGR n.1186/2024"*;

- con DGR Lazio n. 1299 del 23/12/2025, avente ad oggetto: "*Definizione dei livelli massimi di finanziamento, dei criteri di assegnazione dei budget 2026 e delle regole di remunerazione. Aggiornamento dell'Accordo/Contratto ex art. 8-quinquies D. Lgs. 502/92 e s.m.i., di cui alla DGR n. 1186/2024, così come modificato e integrato dalla DGR n. 440/2025 - Approvazione dello schema di Addendum per l'annualità 2026 e dello schema di Addendum per il budget dedicato all'abbattimento delle liste d'attesa*", sono stati definiti i livelli massimi di finanziamento per l'annualità 2026 per le prestazioni di assistenza ospedaliera, territoriale e specialistica con onere a carico del SSR, ivi compresi, tra l'altro, i finanziamenti per le funzioni assistenziali previste dall'art. 8-*sexies* del D. Lgs. n.502/1992 e s.m.i. e per la copertura dei maggiori costi connessi alle attività di Didattica e ricerca *ex* art. 7, comma 2, D. Lgs. n. 517/99 e s.m.i., è stata aggiornata la disciplina giuridica dell'Accordo/Contratto 2025/2026 e approvato il relativo schema di *Addendum* per l'anno 2026, è stato approvato lo schema di *Addendum* per il budget dedicato all'abbattimento delle liste d'attesa*";*

- il presente *Addendum* integra il contratto di budget ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. avente efficacia per le annualità 2025-2026 sottoscritto in data **27/05/2026** anche per quanto riguarda il corrispettivo dell'anno 2026.

TUTTO QUANTO SOPRA PREMESSO, che forma parte integrante del presente *Addendum* contrattuale, la Società/Ente morale/struttura e la ASL (di seguito definite anche le "**Parti**") convengono e stipulano quanto segue.

Art. 1 – Modifiche e integrazioni all'art. 7 dell'Accordo/Contratto 2025-2026

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all'accordo/contratto di budget 2025-2026 già sottoscritto, all'art. 7 – *Corrispettivo, Tariffe e Regole di remunerazione* del contratto è aggiunto il seguente comma 11:

"*11. I budget assegnati alla struttura e le relative regole di remunerazione potranno subire modifiche, in corso d'anno, in considerazione dell'attuazione delle disposizioni introdotte dalla Legge 30 dicembre 2024, n. 207 nonché degli Accordi bilaterali tra le Regioni e le Province autonome per il Governo della mobilità sanitaria, adottati sulla base del Modello "Accordi bilaterali tra le Regioni/PA per il governo della mobilità sanitaria", condiviso dal Ministero della Salute."*

Art. 2 – Modifiche e Integrazioni all'art. 8 dell'Accordo/Contratto 2025-2026

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all'accordo/contratto di budget 2025-2026 già sottoscritto, il comma 9 dell'art. 8 – *Distribuzione dell'attività, governo delle liste di attesa, flussi informativi, prescrizione dematerializzata e rischio clinico* – del contratto è sostituito dal seguente:

"***9****. Pena la risoluzione del contratto ai sensi del successivo art. 15, commi 1, 2 e 3, la struttura è tenuta a configurare le proprie Agende sulla base delle indicazioni ricevute dalla Regione Lazio e dall'Azienda Sanitaria in merito alla suddivisione in classi di priorità, volumi, prestazioni e specifiche esigenze - tenuto conto degli appuntamenti già prenotati -, al fine di garantire la presa in carico dei propri assistiti ed è tenuta, altresì, a mettere a disposizione le proprie Agende almeno per 12 mesi dinamici consecutivi, così come previsto nel Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA).*"

Art. 3 – Modifiche all'art. 9 dell'Accordo/Contratto 2025-2026

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all'accordo/contratto di budget 2025-2026 già sottoscritto, l'art. 9 - *Valorizzazione di prestazioni erogabili e remunerazione massima annuale*, si intende modificato è sostituito integralmente dal seguente articolo:

1. a) *per le prestazioni per acuti:* ***il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____***, *che dovrà essere utilizzato per la gestione degli episodi di ricovero di cui al* ***Documento Tecnico****, Allegato 1 della DGR n. 1299 del 23/12/2025* ***(All. C****), come di seguito specificato:*

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

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

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

a.4) *€ _____per le attività svolte in regime di ricovero ordinario e day hospital con dimissioni registrate nelle nelle discipline di Area critica;*

Le strutture private accreditate prive di P.S., che erogano prestazioni per acuti nell'ambito della programmazione regionale, nella logica dell'integrazione pubblico-privato e della solidarietà di sistema, sono tenute a mettere a disposizione i posti letto richiesti per il ricovero di pazienti provenienti da PS/DEA secondo le modalità e le percentuali fissate nel sopra richiamato Allegato 1, purchè nei limiti massimi del budget assegnato.

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

b) ***per le prestazioni di riabilitazione post-acuzie (cod. 56):*** *il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo* **DETG02481** *del* **26/02/2026** *per il periodo di riferimento dal* **01/01/2026** *al* **31/12/2026** *è di €* **2747386,20***, di cui €* **2385693,31** *per il ricovero in regime ordinario ed €* **361692,88** *per il ricovero in regime diurno, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari);*

Le strutture accreditate per l'erogazione delle prestazioni di riabilitazione post-acuzie (cod. 56) sono tenute ad accettare tutti i pazienti afferenti al medesimo codice (cod. 56), in quanto, sulla base del titolo di autorizzazione e accreditamento rilasciato, devono essere in possesso dei requisiti organizzativi e tecnologici previsti dalla normativa vigente per l'assistenza di tutti i pazienti che necessitano di interventi riabilitativi gestibili nell'ambito del cod. 56, fatto salvo il caso delle strutture per le quali il provvedimento di accreditamento preveda espressamente l'erogazione di specifici trattamenti riabilitativi. L'attuazione di tale obbligo avverrà in modo graduale e progressivo e sarà attivata a seguito della conclusione delle attività di monitoraggio avviate dalla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, finalizzate a individuare le modalità e le tempistiche per il relativo adeguamento con l'emanazione di uno specifico provvedimento recante le relative indicazioni operative. A decorrere dall'emanazione di tali indicazioni operative, la struttura dovrà adeguarsi alle stesse entro il termine massimo di tre mesi.

b.1) per le prestazioni di neuroriabilitazione (cod.75): *il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____ di cui € _____ per il ricovero in regime ordinario ed € _____ per il ricovero in regime diurno, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari);*

b.2) per le prestazioni di riabilitazione presso le unità spinali (cod.28): *il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____ comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori*

regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari);

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

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

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

d.2) **Prestazioni di Altra Specialistica:** il *Budget* assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo **DEL272** del **09/03/2026** per il periodo di riferimento dal **01/01/2026** al **31/12/2026** è di € **274738,62**, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket) di cui alla vigente normativa;

d.3) **"Prestazioni Critiche**": il *Budget* assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo della ASL, come specificato nella Delibera n. **_____** del **_____** per il periodo di riferimento dal **_____** al **_____** è di € **_____**, *comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket) di cui alla vigente normativa. Il budget è assegnato per le "Prestazioni Critiche" di cui all'Allegato 2 della DGR n. 1299 del 23/12/2025. In caso di esaurimento del budget per le Prestazioni Critiche l'eventuale eccedenza andrà ad erodere il budget di Altra Specialistica; non è consentita l'operazione inversa*.

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

e) per le prestazioni per persone non autosufficienti anche anziane*, il Budget complessivo assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo* **DEL125** *del* **06/02/2026** *per il periodo di riferimento dal* **01/01/2026** *al* **31/12/2026** *è di €* **3305684,55***, di cui:*

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

e.2) *per assistenza estensiva residenziale, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento*

amministrativo **DEL125** del **06/02/2026** *per il periodo di riferimento dal* **01/01/2026** *al* **31/12/2026** *è di* € **1101644,46***;*

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

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

e.5) *per assistenza di mantenimento residenziale ad alto carico, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo* **DEL125** *del* **06/02/2026** *per il periodo di riferimento dal* **01/01/2026** *al* **31/12/2026** *è di* € **2204040,09***;*

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

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

Il Budget assegnato si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio e alla sola quota a carico del SSR ed è consentita l'osmosi dello stesso nel caso di setting assistenziali diversi (intensivo, estensivo, mantenimento) relativi al medesimo regime assistenziale (residenziale, semiresidenziale), purchè nei limiti dei posti residenziali e semiresidenziali accreditati;

f) per le prestazioni in Hospice *il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo* **DEL126** *del* **06/02/2026** *per il periodo di riferimento dal* **01/01/2026** *al* **31/12/2026** *è di* € **2367294,28***, di cui:*

f.1) *per assistenza residenziale il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo* **DEL126** *del* **06/02/2026** *per il periodo di riferimento dal* **01/01/2026** *al* **31/12/2026** *è di* € **794702,00***;*

f.2) *per assistenza domiciliare il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo* **DEL126** *del* **06/02/2026** *per il periodo di riferimento dal* **01/01/2026** *al* **31/12/2026** *è di* € **1572592,28***;*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

h) per le prestazioni destinate a persone con disturbo della salute mentale *il Budget complessivo assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, di cui:*

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

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

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

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

_____ al _____ è di € _____;

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

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

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

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

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

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

h.11) *per le prestazioni di assistenza semi-residenziale relativa ai disturbi della alimentazione e della nutrizione, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

k) per i maggiori costi connessi alle attività di cui all'art. 8-sexies, comma 2, D. Lgs. 502/92 e s.m.i.: *il finanziamento assegnato alla struttura nei limiti dell'importo massimo verrà determinato dalla Regione con apposito provvedimento amministrativo all'interno della quota di fondo disponibile individuata;*

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

2. *Tenuto conto di quanto chiarito sopra, la società/ente morale prende atto e con il presente accordo/contratto conferma di accettare, per ciascuna tipologia assistenziale sopra indicata posta a carico del Servizio Sanitario Regionale, il tetto massimo annuo stabilito nel relativo provvedimento regionale e/o aziendale e accetta, pertanto, l'importo complessivo di €* **8695103,65** (**ottomilioniseicentonovantacinquemilacentotre** / **sessantacinque**), *pari alla somma delle voci* **b,**

d.2, e.2, e.5, f.1, f.2*, (di seguito denominato "Tetto Massimo Annuo").*

3. *Resta inteso che le prestazioni soggette a rimborso non prevedono la fissazione di un budget e sono rimborsate, a seguito dei controlli di legge, in funzione delle prestazioni effettivamente erogate, tenuto conto della capacità produttiva. Per tali voci (a titolo esemplificativo e non esaustivo, dialisi, neonato sano, radioterapia, O.B.I., ecc.), pertanto, non è indicata la relativa remunerazione, che verrà determinata a consuntivo, tenuto conto, con riferimento alle prestazioni per la terapia dialitica, di quanto previsto nell'Allegato D, denominato "Nuove modalità di erogazione e remunerazione delle prestazioni previste per la conduzione della terapia dialitica", parte integrante e sostanziale del presente contratto*.

Art. 4 – Modifiche all'art. 19 dell'Accordo/Contratto 2025-2026

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all'accordo/contratto di budget 2025-2026 già sottoscritto, l'art. 19 - *Norma di rinvio* del contratto è integrato dal seguente punto:

*"- al Documento Tecnico denominato "Nuove modalità di erogazione e remunerazione delle prestazioni previste per la conduzione della terapia dialitica", per le prestazioni per la conduzione della terapia dialitica, che forma parte integrante e sostanziale del presente contratto (**All. D**), presente nella sezione "Raccolta Documenti" sul sistema regionale*.".

Art. 5 – Corrispettivo 2026 e Durata –

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all'accordo/contratto di budget 2025-2026 già sottoscritto, con riferimento al comma 3 dell'art. 7 **–** *Corrispettivo, Tariffe e Regole di remunerazione* – l'importo complessivo per**l'anno 2026** riconosciuto alla struttura ai sensi del presente accordo/contratto è di € **8695103,65** (budget), tetto massimo non superabile (da intendersi per ciascuna tipologia assistenziale di cui all' art. 9 dell'accordo/contratto di budget 2025-2026), entro il quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la configurazione di accreditamento e con la normativa vigente. I tetti di spesa assegnati rappresentano un limite invalicabile e si intendono comprensivi di IVA, ove applicabile.

2. La durata del presente Addendum decorre a partire dal **01/01/2026** *al* fino al **31/12/2026**.

Art. 6 – Rinvio –

Per tutto quanto non regolato dal presente atto, si rinvia all'accordo/contratto di budget già sottoscritto digitalmente e parte integrante del presente *Addendum*, nonché:

- al Regolamento di cui alla Disciplina Uniforme sulle modalità di fatturazione e pagamento, allegato al presente *Addendum* e parte integrante e sostanziale dello stesso **(All. A)**;

- all'Allegato tecnico alla Deliberazione n. 867/2023, che forma parte integrante e sostanziale del presente contratto **(All. B)**;

- all’Allegato denominato “*Allegato 1 – Criteri di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera (Acuti, Riabilitazione post-acuzie, Lungodegenza medica) – Esercizio 2026*”, che forma parte integrante e sostanziale del presente contratto **(All. C)**, presente nella sezione “*Raccolta Documenti*” sul sistema regionale;

- all’Allegato denominato “*Nuove modalità di erogazione e remunerazione delle prestazioni previste per la conduzione della terapia dialitica*”, che forma parte integrante e sostanziale del presente contratto **(All. D)**, presente nella sezione “*Raccolta Documenti*” sul sistema regionale.

Per tutto quanto non regolato dal presente atto si rinvia al contratto di budget già sottoscritto digitalmente e parte integrante del presente *Addendum*, ivi compreso il Regolamento di cui alla Disciplina Uniforme sulle modalità di fatturazione e pagamento, allegato al richiamato contratto di budget.

Data 09/09/2026

La ASL AZIENDA USL LATINA

La struttura VILLA SILVANA SPA

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 all’ articol0 da 1 e 2.

Data 09/09/2026

La ASL AZIENDA USL LATINA

La struttura VILLA SILVANA SPA

ALLEGATO A

Allegato tecnico

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

Premessa

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

1. Attività di ricovero per acuti e di lungodegenza medica

1.1. Trasmissione e validazione delle SDO

1.1.1. La trasmissione delle SDO in SIOXL da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private è continuativa. Ai fini della valorizzazione, la scadenza per l'invio delle SDO è fissata entro il 10° giorno del mese successivo a quello di dimissione. Nel caso in cui il 10° giorno del mese successivo di cui sopra cada in un giorno festivo, la scadenza viene posticipata al giorno lavorativo successivo. Non saranno valorizzate tutte le SDO inviate oltre il 10° giorno del secondo mese successivo a quello di dimissione.

1.1.2. L'eventuale correzione dei dati delle SDO già trasmesse, acquisite e validate è sempre consentita nel rispetto delle regole per la richiesta di cancellazione della validazione, come pure eventuali trasmissioni di SDO mancanti dei mesi precedenti. La scadenza per l'invio delle correzioni e/o delle SDO mancanti che verranno valorizzate nei report di produzione è fissata entro il 10° giorno del secondo mese successivo a quello di dimissione;

1.1.3. La SDO trasmessa oltre i termini di cui al punto 1.1.1 e 1.1.2, è classificata come "ritardo". La SDO classificata in "ritardo" è acquisita dal sistema informatico SIOXL ai fini statistici-epidemiologici e non valorizzata economicamente, ossia valorizzata con importo pari a € 0, per il riconoscimento della relativa remunerazione;

1.1.4. Le indicazioni fornite al punto 1.1.1 e 1.1.2, ai fini della valorizzazione della dimissione, valgono per tutte le tipologie di dimissione indicate nella SDO. Le tipologie dimissione '5' (decesso), '6' (dimissione protetta) e '8' (in attesa di completamento dell'iter diagnostico) oltre ai termini di cui al punto 1.1.1 e 1.1.2 saranno valorizzate a consuntivo, in considerazione della specificità della casistica del ricovero;

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

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

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

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

1.2.1. L'ordine elettronico viene emesso dall'Azienda Sanitaria Locale a partire dal 16° giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni e non oltre il 21° giorno, solo a seguito della validazione delle attività di cui al punto 1.1.6. Nel caso in cui il 16° giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni cada in un giorno festivo, l'emissione dell'ordine viene posticipato al primo giorno lavorativo utile. L'ordine viene emesso per ogni tipologia di prestazione (es. Ricovero per acuti, Ricovero in Lungodegenza medica) e per l'importo delle prestazioni validate sul sistema SIOXL. Il particolare, l'ordine elettronico viene emesso di tipo 220 OF (Ordine di fatturazione). Per maggiori dettagli si rimanda alle Regole Tecniche Ministeriali pubblicate sulla pagina web del sito della Ragioneria Generale dello Stato, alle "Indicazioni operative regionali" approvate con la DGR n. 1052/2020 e alle diverse circolari attuative emanate dall'Amministrazione regionale.

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

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

2. Attività di ricovero in riabilitazione post-acuzie

2.1. Trasmissione delle SDO

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

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

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

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

b. Modifica dati accettazione: si può effettuare una modifica dei dati nella sezione accettazione indicando lo stesso progressivo di ricovero del record già inserito da modificare. L'eventuale variazione del codice dell'Onere della degenza in uno di quelli riservati ai cittadini esteri renderà obbligatoria la registrazione della corrispondente sezione FileC;

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

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

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

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

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

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

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

2.2.1. L'ordine elettronico viene emesso dall'Azienda Sanitaria Locale a partire dal 16° giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni e non oltre il 21° giorno, solo a seguito della valorizzazione della produzione "provvisoriamente rendicontabile" sul sistema RAD-R di cui al 2.1.2. Nel caso in cui il 16° giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni cada in un giorno festivo, l'emissione dell'ordine viene posticipato al primo giorno lavorativo utile. L'ordine viene emesso per ogni tipologia di prestazione (es. Riabilitazione post-acuzie Cod. 56 in regime di ricovero ordinario, Riabilitazione post-acuzie Cod. 56 in regime di ricovero diurno, ecc.) e per l'importo delle prestazioni risultanti come "rendicontabili" sul sistema informatico RAD-R. Il particolare, l'ordine elettronico viene emesso di tipo 220 OF (Ordine di fatturazione). Per maggiori dettagli si rimanda alle Regole Tecniche Ministeriali pubblicate sulla pagina web del sito della Ragioneria Generale dello Stato, alle "Indicazioni operative regionali" approvate con la DGR n. 1052/2020 e alle diverse circolari attuative emanate dall'Amministrazione regionale.

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

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

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

3.1. Trasmissione e validazione delle ricette

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

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

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

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

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

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

3.2.1. L'ordine elettronico viene emesso dall'Azienda Sanitaria Locale a partire dal 16° giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni e non oltre il 21° giorno, solo a seguito della validazione della produzione sul sistema SIASXL di cui al 3.1.2. Nel caso in cui il 16° giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni cada in un giorno festivo, l'emissione dell'ordine viene posticipato al primo giorno lavorativo utile. L'ordine viene emesso per ogni ambito (es. Dialisi, Radioterapia, Laboratorio analisi, ecc.) e per l'importo delle prestazioni validate sul sistema SIASXL. Il particolare, l'ordine elettronico

viene emesso di tipo 220 OF (Ordine di fatturazione). Per maggiori dettagli si rimanda alle Regole Tecniche Ministeriali pubblicate sulla pagina web del sito della Ragioneria Generale dello Stato, alle “Indicazioni operative regionali” approvate con la DGR n. 1052/2020 e alle diverse circolari attuative emanate dall’Amministrazione regionale.

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

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

4. Decorrenza

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

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

5. Consolidamento dati

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

6. Reportistica aggiuntiva

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

ALLEGATO B

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

Art. 1 – Definizioni e allegati

1.1 Salvo quanto diversamente indicato nel presente regolamento, le definizioni qui riportate e utilizzate con lettera maiuscola o minuscola, al singolare o al plurale, con testo normale o grassetto avranno il seguente significato:

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

"Strutture": i soggetti giuridici assoggettati all'obbligo di autorizzazione per l'esercizio di attività sanitaria nonché all'obbligo di accreditamento per l'erogazione di prestazioni sanitarie in favore di terzi beneficiari in nome e per conto e con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

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

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

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

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

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

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

"Fattura di Acconto": indica la Fattura mensile emessa, ove spettante, dalla Parte privata in formato elettronico ai sensi della normativa vigente e gestita obbligatoriamente attraverso il Sistema

Pagamenti, avente ad oggetto l'importo relativo alle **funzioni assistenziali-ospedaliere, di cui al comma 2 dell'art. 8 *sexies* del D.lgs. 502/1992 e s.m.i., funzioni di Didattica e di Ricerca connesse ad attività assistenziali di cui all'art. 7, comma 2, del D.lgs. 517/99 e s.m.i., alla distribuzione dei farmaci (File F), prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nell'ambito della Rete di Emergenza e Urgenza per accessi non seguiti da ricovero**, valorizzata con un importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore previsto per l'anno di riferimento come finanziamento riconosciuto per i maggiori costi sostenuti per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere, e/o da un importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore previsto quale finanziamento per i maggiori costi sostenuti per lo svolgimento delle funzioni di didattica e di ricerca connesse ad attività assistenziali indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio, e/o da un importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di un quota percentuale del valore riconosciuto quale rimborso per la distribuzione dei farmaci (File F) indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio;

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

"Fattura di Saldo": indica la Fattura emessa, ove spettante, dalla Struttura in formato elettronico ai sensi della normativa vigente, e gestita obbligatoriamente attraverso il Sistema Pagamenti, avente ad oggetto l'importo relativo allo **svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere di cui al comma 2 dell'art. 8 *sexies* del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i e di didattica e ricerca di cui al comma 2 dell'art. 7 del D.lgs. 517/99 e s.m.i., per la distribuzione di farmaci (File F), nonché sul totale degli accessi al P.S., non seguiti da ricovero, valorizzata, con un importo pari al saldo, comunicato dalla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, calcolato sul totale dei maggiori costi sostenuti nell'anno di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per lo stesso anno,** per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere e/o per le funzioni di didattica e ricerca, ferma restando l'eventuale rendicontazione di costi sostenuti laddove previsto dalla normativa vigente, e/o sul totale dell'effettivo valore riconosciuto per la distribuzione diretta dei farmaci (File F) effettuata nell'anno di riferimento, al netto dell'importo delle Fatture di Acconto emesse nel corso dell'anno di riferimento e degli abbattimenti applicati in esito ai controlli automatici e/o esterni sul complesso delle prestazioni erogate dalla Struttura, nel caso non ancora recuperati. Tale Fattura è emessa dalla Struttura entro il 30 aprile dell'anno successivo alla chiusura del bilancio di esercizio di competenza, secondo i termini e le indicazioni forniti dalla Regione.

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

"Sistema Pagamenti": il sistema informatico, gestito da LazioCrea, finalizzato alla dematerializzazione del processo e al monitoraggio dell'intero ciclo passivo delle Aziende Sanitarie, dalla fase di sottoscrizione degli accordi/contratti di budget e/o di trasmissione dell'ordine elettronico

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

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

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

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

"Atto di Certificazione": il report, in formato p7m, visualizzato dalla Parte privata e dall'eventuale Cessionario nel Sistema Pagamenti, contenente l'elenco delle Fatture oggetto di Liquidazione con specificazione dell'importo di ciascun Credito Certificato, con tale importo intendendosi l'importo, in linea capitale totale o parziale, certificato per ciascuna Fattura.

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

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

"**Ente incaricato del pagamento del corrispettivo**", anche ai sensi dell'art. 1, comma 10, del D.L. n. 324/1993, convertito dalla L. 27 ottobre 1993, n. 423, si intende l'Azienda Sanitaria territorialmente competente, che si avvale di LazioCrea, ai sensi del DCA 504/2017 s.m.i., attraverso l'utilizzo del Sistema Pagamenti, secondo le disposizioni del presente regolamento.

Le Fatture possono assumere, ai fini del presente regolamento, i seguenti stati:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 2 – Oggetto e finalità del regolamento

2.1 Il presente regolamento disciplina in maniera uniforme la procedura e le modalità di fatturazione, trasmissione, Liquidazione, Certificazione e pagamento delle Fatture oggetto dei Contratti, come qui definiti, gestite obbligatoriamente attraverso il Sistema Pagamenti.

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

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

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

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

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

Art. 3 – Manifestazione di volontà e ammissibilità dei crediti

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

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

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

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

con soggetti terzi che, in qualsivoglia modo, ne possano impedire - o condizionare - la libera disponibilità da parte della Parte privata e/o del Cessionario;

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

3.3 L'Azienda Sanitaria, la Parte privata e/o il Cessionario e/o il Mandatario all'incasso si danno reciprocamente atto che sono esclusi dalla disciplina del presente regolamento i Crediti:

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

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

iii derivanti da Fatture relative a crediti prescritti*;*

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

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

4.1. Le Strutture, devono, a pena di inammissibilità, inviare all'Azienda Sanitaria tutte le Fatture relative ai Crediti oggetto dei Contratti, come definiti nel presente regolamento, unicamente in formato elettronico attraverso il Sistema Pagamenti, che effettua per loro conto, in conformità alla normativa vigente, la trasmissione/ricezione nei confronti del Sistema di Interscambio. Il solo invio elettronico risulta sufficiente al fine degli adempimenti fiscali, ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente. Le Strutture, inoltre, ai fini del completamento delle procedure di accertamento delle prestazioni rese e di Liquidazione delle Fatture, devono emettere una Fattura mensile per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria ed eseguire le procedure indicate nelle disposizioni nazionali e regionali.

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

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

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

(C) per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere di cui al comma 2 dell'art. 8 *sexies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e di didattica e ricerca di cui al comma 2 dell'art. 7 del D. Lgs. 517/99 e s.m.i., nonché per la distribuzione di farmaci (File F), per le prestazioni in OBI e per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nell'ambito della Rete di Emergenza e urgenza, fatturazione in acconto e saldo.

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

(A) per le prestazioni erogate in regime di assistenza territoriale (a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni psichiatriche, terapeutiche riabilitative e socio-riabilitative per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, in Hospice, in residenze sanitarie assistenziali, in centri diurni etc.) l'emissione di una Fattura mensile per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria, di importo pari alla produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per il medesimo anno di riferimento;

(B) per le Prestazioni erogate in regime di assistenza ospedaliera (a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni per acuti, di riabilitazione post-acuzie, lungodegenza, neonato sano) e di assistenza specialistica (a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni relative a laboratorio analisi, APA, altra specialistica, dialisi, radioterapia), l'emissione di (i) una Fattura mensile per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria, di importo pari alla produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per l'anno di riferimento, (ii) e, ove spettante, una Fattura mensile di importo pari alla produzione effettivamente erogata in relazione a specifiche tipologie di prestazioni soggette a rimborso (a titolo esemplificativo e non esaustivo, dialisi, neonato sano, radioterapia, OBI, ecc.);

(C) ove spettante, per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere di cui al comma 2 dell'art. 8 *sexies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e di didattica e ricerca di cui al comma 2 dell'art. 7 del D. Lgs. 517/99 e s.m.i., nonché per la distribuzione di farmaci (File F), per le prestazioni in OBI e per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nell'ambito della Rete di Emergenza e urgenza per accessi non seguiti da ricovero, l'emissione, di:

- una fattura mensile (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore assegnato per l'anno di riferimento, quale finanziamento riconosciuto alla Struttura per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere, di cui al comma 2 dell'art. 8 *sexies* del D.lgs. 502/1992 e s.m.i.;

- una fattura mensile (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore del finanziamento per i maggiori costi sostenuti dalla Struttura per lo svolgimento delle funzioni di Didattica e di Ricerca connesse ad attività assistenziali di cui all'art. 7,

comma 2, del D. Lgs. 517/99 e s.m.i., indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio;

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

- una fattura mensile **(Fattura di Acconto)** di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di un quota percentuale del valore riconosciuto alla Struttura, a titolo di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nell'ambito della Rete di Emergenza e urgenza per accessi non seguiti da ricovero, indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio;

- una fattura mensile **(Fattura di Acconto)** di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di un quota percentuale del valore riconosciuto alla Struttura, a titolo di prestazioni in OBI, indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio.

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

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

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

  - sul totale dei maggiori costi sostenuti nell'anno di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per lo stesso anno, per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere di cui al comma 2 dell'art. 8 *sexies* del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i, ferma restando la rendicontazione dei costi sostenuti laddove previsto dalla normativa vigente;

  - sul totale del finanziamento assegnato nell'anno di riferimento per le funzioni di didattica e ricerca di cui all'art. 7, comma 2, del D. Lgs. 517/99 e s.m.i.;

  - sul totale dell'effettivo valore riconosciuto per la distribuzione diretta dei farmaci (File F), effettuata nell'anno di riferimento;

  - sul totale degli accessi al P.S., non seguiti da ricovero, riconosciuti nell'anno di riferimento;

  - sul totale dell'effettivo valore riconosciuto per le prestazioni in OBI nell'anno di riferimento.

Gli importi di saldo sono determinati al netto dell'importo delle Fatture di Acconto emesse per l'anno di riferimento, nonché degli abbattimenti applicati in esito ai controlli automatici e/o esterni non ancora recuperati. La Fattura di Saldo dovrà essere emessa dalla Struttura entro il 30 aprile dell'anno

successivo alla chiusura del bilancio di esercizio di competenza, secondo i termini e le indicazioni forniti dalla Regione.

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

4.4 I Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Farmacie convenzionate devono, a pena di inammissibilità, inviare alle Aziende Sanitarie tutte le Fatture relative ai Crediti oggetto dei Contratti, come definiti nel presente regolamento, unicamente in formato elettronico, in conformità alla normativa vigente, direttamente nel Sistema di Interscambio, che provvede a sua volta a trasmettere le Fatture al Sistema Pagamenti, oppure in alternativa, attraverso il Sistema Pagamenti, che esegue per loro conto la trasmissione/ricezione nei confronti del Sistema di Interscambio. I soggetti esclusi dall'applicazione della norma sulla fatturazione elettronica, devono inviare alle Aziende Sanitarie tutte le Fatture relative ai Crediti oggetto dei Contratti, come definiti nel presente regolamento, unicamente in formato telematico mediante l'immissione nel Sistema Pagamenti. In ogni caso, il solo invio elettronico/telematico risulta sufficiente al fine degli adempimenti fiscali, ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente.

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

4.6 La Struttura potrà procedere con la fatturazione delle prestazioni rese nel rispetto di quanto disposto nel presente regolamento e dal Documento Tecnico di cui alla DGR n. 868/2023, solo a seguito della ricezione dell'ordine elettronico che verrà emesso dall'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio, per ogni tipologia di prestazione contrattualizzata, secondo le indicazioni operative regionali emanate in materia.

Al fine di facilitare la liquidazione e la certificazione della fattura elettronica, è necessario indicare in ogni documento, ove esistente, il numero e la data del Documento di Trasporto.

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

4.8 Nel caso di crediti vantati da Fornitori riferiti ad attività libero-professionali l'Azienda Sanitaria dovrà

a) utilizzare il codice blocco e motivazione blocco ai sensi dell'anagrafica regionale (DCA n. 97/2017 e s.m.i.);

b) una volta ricevuta la rimessa regionale dedicata, procedere al pagamento dell'importo netto nei confronti del Fornitore.

4.9 Successivamente alla Certificazione dei Crediti da parte dell'Azienda Sanitaria, nel caso in cui:

(i) le relative Fatture, o parte di esse, siano già nello stato "in pagamento", l'Azienda Sanitaria non potrà sollevare, nei confronti della Parte privata, alcuna contestazione in relazione ai Crediti oggetto di Certificazione;

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

Quanto sopra esposto si applica fatti salvi i casi di sequestro e impregiudicato il diritto dell'Azienda Sanitaria di non certificare i Crediti in caso di irregolarità della Fattura e/o contestazione della prestazione resa, fermo restando l'obbligo dell'Azienda Sanitaria di dare comunicazione, attraverso l'utilizzo delle apposite funzionalità presenti nei propri sistemi di gestione contabile, in merito alla motivazione della mancata certificazione della stessa entro i termini di cui al precedente punto 4.7.

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

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

4.12 In caso di pagamento nei termini di cui al precedente punto 4.11 non decorrono interessi, fino alla "*Data di Pagamento*" come definita ai sensi del presente regolamento. Qualora l'Azienda Sanitaria proceda al pagamento dei Crediti Certificati oltre 10 giorni dalla "*Data di Pagamento*" l'Azienda è tenuta a corrispondere alla Parte privata, o all'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso che ne facciano espressa richiesta scritta, gli interessi calcolati al tasso previsto dalla normativa vigente sull'ammontare capitale dei Crediti Certificati, senza capitalizzazione, dal giorno

successivo alla "*Data di Pagamento*" fino alla "*Data di effettivo pagamento*". La Parte privata o l'eventuale Cessionario dovranno inviare la richiesta di interessi alla casella supportata dai conteggi, in formato *excel*, in conformità ad un tracciato fornito dall'Azienda Sanitaria e/o dalle Strutture regionali competenti.

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

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

Art. 5 – Rettifiche, recuperi e compensazioni

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

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

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

5.4 All'esito del procedimento di controllo sulle prestazioni erogate, qualora, effettuate le verifiche, emerga un importo da recuperare, l'Azienda Sanitaria, entro 60 giorni dalla conclusione del procedimento di controllo o, in caso di controlli effettuati dalla Regione, entro 60 giorni dalla ricezione della relativa comunicazione da parte della Regione, relativamente agli importi derivanti dai valori

concordati e non concordati tra le parti, richiede alla Struttura l'emissione di una nota di credito e procede al recupero applicando la compensazione con Crediti dovuti, oggetto delle prime Fatture utili emesse dalla Struttura non ancora in stato "*Liquidata*"; in attesa dell'emissione della nota di credito da parte della Struttura, l'Azienda Sanitaria provvede a sospendere, su Crediti dovuti, l'erogazione di importi pari a quelli concordati e non concordati, attraverso l'apposizione dello specifico motivo di blocco sulle prime fatture utili emesse dalla Struttura non ancora in stato "*Liquidata*".

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

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

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

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

5.9 La liquidazione e/o l'avvenuto saldo non pregiudicano in alcun modo la ripetizione di somme che, sulla base dei controlli effettuati sull'attività erogata, risultassero non dovute in tutto o in parte.

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

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

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

6.1 La Parte privata e/o l'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso non potranno chiedere alle Aziende Sanitarie, sulla base di disposizioni contenute nei Contratti e/o nei contratti di cessione e/o

nei mandati all'incasso, il pagamento di oneri accessori e somme ulteriori rispetto a quelle che saranno dovute ai termini e alle condizioni previste nel presente regolamento.

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

6.3 In caso di mancata restituzione nei predetti termini, l'Azienda Sanitaria avrà il diritto di compensare l'importo che deve essere restituito dalla Parte privata e/o dall'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso con i successivi pagamenti dovuti dall'Azienda Sanitaria ad uno di tali soggetti; qualora non sia possibile procedere alla compensazione, la Parte privata e/o l'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso sono tenuti a corrispondere all'Ente incaricato del pagamento del corrispettivo - ogni eccezione rimossa ed in aggiunta al ristoro di ogni spesa o costo (anche legali) sostenuti e/o danno eventualmente subito - gli interessi sull'importo da rimborsare, calcolati al tasso legale di cui all'art. 1284 c.c., maturati a decorrere dal 15° giorno successivo alla data di ricezione della richiesta di restituzione, inviata a mezzo posta elettronica certificata, sino alla data di effettivo soddisfo.

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

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

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

6.7 La Parte privata e/o l'eventuale Cessionario non possono cedere a terzi, in tutto o in parte, Fatture per interessi maturati e maturandi, spese o altri accessori, ivi incluse note di credito e note di debito, relative ai Crediti, separatamente dall'ammontare capitale dei predetti Crediti. In caso di

violazione di tale disposizione, tali soggetti perdono il diritto alla corresponsione di tali interessi (qualora dovuti).

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 7 – Cessione dei Crediti

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

7.2 Gli atti di cessione e i mandati all'incasso devono essere necessariamente predisposti nel rispetto delle forme previste dalla vigente normativa e devono essere notificati in forma integrale, ivi compreso l'elenco delle Fatture oggetto di cessione, all'Azienda Sanitaria tramite Posta Elettronica Certificata (PEC), quale sistema di trasmissione telematica con valore legale equiparato ad una raccomandata con ricevuta di ritorno, come stabilito dalla normativa (D.P.R. 11 Febbraio 2005, n.68)

7.3 Gli atti di cessione e i mandati all'incasso devono, altresì, essere trasmessi in formato digitale, mediante l'inserimento degli stessi, nel termine di cui al precedente punto 7.1, nel Sistema Pagamenti, collegando, nel caso di Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Strutture, ciascuna Fattura al relativo atto di cessione o mandato all'incasso.

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

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

7.6 Resta inteso che non è più possibile cedere o conferire madato all'incasso e retrocedere o

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

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

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

7.9 Ai fini di una corretta identificazione del titolare del credito, l'Azienda Sanitaria che intenda rifiutare l'avvenuta cessione, deve comunicarlo al cedente e al Cessionario e/o Mandatario all'incasso, anche attraverso il Sistema Pagamenti. L'Atto di Certificazione vale quale accettazione della cessione e, come indicato al precedente art. 4, punto 4.10, l'importo certificato viene riconosciuto, eventualmente, al netto delle somme richieste da Equitalia S.p.A. ovvero oggetto di pignoramento presso terzi diversi da Equitalia.

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

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

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

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