

Da riportare in ogni risposta:

Prot. n. 0077877 - P / GEN / ASUFC

Data 11/05/2022

ACCORDO AGGIUNTIVO PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI

RICOVERO E DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

(art. 8 quinquies D. Lgs. 502/92)

Triennio 2021 - 2023

L'anno 2021, il giorno del mese di in Udine

TRA

L'Azienda Sanitaria Universitaria "Friuli Centrale", di seguito **Azienda** - con sede a Udine, Via Pozzuolo n. 330, C.F./P.IVA 02801610300, in persona del Direttore Generale nonché legale rappresentante p.t, nominato ex LR 27/2018 e giusta Delibera della Giunta Regionale n. 591 del 21 aprile 2021, dott. Denis Caporale,

E

La Struttura sanitaria "**Policlinico Città di Udine S.p.A.** – Casa di Cura Privata" – di seguito **Struttura** - con sede legale in Udine (UD), Viale Venezia, 410, C.F./P.I. 00158790303, in persona del legale rappresentante p.t.;

PREMESSO:

1. che con DGR n. 1037 del 02/07/2021 avente ad oggetto "Accordo triennale per il periodo 2021-2023, tra la regione Friuli Venezia Giulia e le associazioni rappresentative degli erogatori privati accreditati del Friuli Venezia Giulia, avente ad oggetto l'erogazione per conto del Servizio sanitario regionale di prestazioni sanitarie da parte delle strutture private accreditate"
l'Amministrazione regionale approva due distinti accordi contrattuali (di seguito **Accordi regionali**), uno per le case di cura private accreditate che erogano prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale e l'altro per le strutture private accreditate eroganti esclusivamente prestazioni di specialistica

ambulatoriale;

2. che nella suddetta DGR si precisa che “l’individuazione delle specifiche risorse per i nuovi soggetti accreditati e la finalizzazione delle risorse per la realizzazione della progettualità, ai sensi dell’articolo 34, della legge regionale n. 22/2019, avvengono senza alcun apporto a carico del bilancio della Regione, nel rispetto del pareggio di bilancio e dell’invarianza dell’effetto finanziario e non comportano, pertanto, l’assegnazione di ulteriori risorse oltre a quelle ordinariamente previste per gli enti del S.S.R. quale fondo regionale di parte corrente”
3. che l’articolo 34, comma 3, della l.r. 22/2019, consente agli enti del Servizio sanitario regionale, nel rispetto del pareggio di bilancio e dell’invarianza dell’effetto finanziario, di destinare all’acquisto di prestazioni dai soggetti privati accreditati risorse fino al massimo del 6 per cento del finanziamento assegnato quale Fondo sanitario regionale di parte corrente;
4. che la Regione FVG, con la citata DGR 1037/2021, ha individuato nel coinvolgimento dei soggetti accreditati, parte dell’offerta complessiva di assistenza pubblica, uno strumento idoneo al fine di assicurare l’erogazione delle prestazioni sanitarie nei confronti dei cittadini del FVG;
5. la DGR 1037/2021 in merito all’utilizzo dell’ulteriore predetto finanziamento aggiuntivo testualmente recita che:

“la disposizione del terzo comma dell’art. 34 della legge regionale n. 22/2019 prevede, nell’ambito della gestione aziendale e della clausola di invarianza finanziaria – la quale impone dei limiti complessivi di spesa di cui al consolidato regionale che, in quanto tali, non consentono di sostenere oneri eccedenti

la copertura prestabilita – di porre in essere i rapporti con i soggetti privati accreditati, azioni che destinino maggiori risorse sino al massimo del 6 per cento del finanziamento di parte corrente per il SSR, con correlate riduzioni di altri costi”;

“ il recupero della fuga extraregionale consente la progressiva e contestuale diminuzione del costo a carico del bilancio degli enti del S.S.R. costituito dal valore delle prestazioni acquistate dai residenti in FVG presso strutture di altre Regioni, valutato in oltre 81 mln di euro (2019 – prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale) e, pertanto, tale manovra è coerente con il principio dell’invarianza dell’effetto finanziario;

6. che nella DGR più volte citata si fa riferimento alla disposizione della Direzione Centrale Salute Politiche Sociali e Disabilità, di seguito Direzione Centrale Salute, di individuare *“gli Accordi triennali con gli erogatori privati accreditati come strumento per destinare una quota delle risorse previste ai sensi del terzo comma dell’articolo 34, della legge regionale n. 22/2019”*, definendo, nel capo rubricato *“Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d’attesa”*, *specifiche azioni a carico delle parti e delle Aziende del S.S.R. da realizzare durante il triennio di vigenza dei tali Accordi, a fronte dei quali sono state identificate e finalizzate le relative risorse economiche.”*
7. che gli Accordi regionali *“stabiliscono le risorse economiche definite che, per il tramite delle Aziende sanitarie, sono destinate ai singoli erogatori privati espressamente individuati nelle tabelle contenute negli Accordi medesimi”* e, in particolare, per la parte che qui interessa, distinguendo *“la quota finalizzata alla realizzazione di quanto indicato nel capo rubricato Progettualità recupero*

fuga extraregionale e liste di attesa” [...], compatibile con il finanziamento assegnato quale Fondo sanitario regionale di parte corrente”.

8. che negli Accordi regionali la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia e le Associazioni rappresentative delle strutture private accreditate:
 - a. individuano l’obiettivo, ovvero il concorso degli erogatori privati accreditati nel perseguimento dell’obiettivo della limitazione della mobilità extraregionale, attraverso la riduzione delle liste di attesa, sia sul versante dell’offerta di ricovero, sia sul versante dell’offerta di prestazioni ambulatoriali;
 - b. espongono gli elementi critici risultanti dall’analisi svolta dall’Amministrazione regionale in merito alle branche specialistiche maggiormente interessate dal fenomeno della mobilità extraregionale, rilevando nel contempo che le stesse sono anche quelle che registrano tempi di attesa non in linea con gli standard nazionali e concludendo che *“un corretto approccio alla riduzione delle liste d’attesa possa contribuire a ridurre il fenomeno della mobilità regionale”*;
 - c. stabiliscono che per il finanziamento della progettualità le risorse necessarie provverranno sia da una quota del finanziamento di competenza delle aziende sanitarie (art. 34, co. 3, l.r. 22/2019), sia dal recupero dei flussi finanziari di compensazione della fuga extraregionale;
 - d. precisano che le branche specialistiche alle quali è destinato il finanziamento della progettualità sono quelle di specialistica ambulatoriale individuate dalla DGR 1763/2019 e quelle di ricovero le cui criticità emergono dalle rilevazioni regionali, specificando, per le sole strutture ambulatoriali

private accreditate, che le prestazioni ambulatoriali erogabili nell'ambito della progettualità sono:

- 1) Diagnostica per immagini, limitatamente a RMN e TC;
- 2) Oculistica chirurgica (cataratta);
- 3) Riabilitazione post intervento;

- e. danno disposizione alle Aziende del S.S.R. e ai privati accreditati di definire negli accordi aziendali le prestazioni connesse alla progettualità e al loro rendiconto al fine di avere gli elementi conoscitivi per la relativa valutazione d'impatto;
 - f. si impegnano ad attivare tavoli di confronto per un'analisi congiunta della reportistica prodotta dalle Aziende sanitarie e ARCS ai fini della valutazione dell'efficacia della progettualità e del permanere delle condizioni necessarie alla sua prosecuzione e al suo finanziamento;
 - g. attribuiscono alla Regione – sulla base dei dati oggettivi rilevati e previo confronto con gli erogatori privati accreditati – la facoltà di adottare le azioni necessarie a rimodulare, limitare o sospendere la progettualità e il relativo finanziamento;
9. che l'Accordo regionale per le Case di cura private accreditate assegna ad ogni erogatore privato delle specifiche quote suddivise tra "ricoveri" e "specialistica ambulatoriale", precisando che *"nell'ambito del valore complessivo assegnato ad ogni erogatore, le aziende di riferimento concordano le attività da svolgere (tipologia e quantità di prestazioni);"*
10. che l'Accordo regionale per le strutture ambulatoriali private accreditate assegna ad ogni erogatore privato delle specifiche;

11. che gli Accordi regionali hanno durata triennale e ricomprendono le prestazioni rese nei confronti dell'Azienda sanitaria dal 01/01/2021, nelle more del perfezionamento degli Accordi stessi;
12. che ARCS, con nota di indirizzo del 06/10/2021 assunta al prot. GEN ASUFC/GEN – A n. 147418/2021, facendo riferimento alla progettualità in argomento, chiarisce che:
 - l'obiettivo ha valenza regionale;
 - non ci devono essere vincoli sulla mobilità dei pazienti;
 - il budget specificatamente assegnato ai privati accreditati deve essere utilizzato per i cittadini residenti in FVG, a prescindere dall'azienda di residenza degli stessi;
 - le "prestazioni effettuate per tale progettualità non sortiranno effetti sulla mobilità fra le aziende sanitarie della regione".
13. che le tariffe attualmente vigenti per la specialistica ambulatoriale ed applicate nel presente accordo aggiuntivo, salvo successive modifiche, sono quelle definite nel nomenclatore tariffario regionale di cui alla DGR n. 1680 del 14/09/2018 e s.m.i.;
14. che, anche in ragione della valutazione periodica dei tempi di attesa e del recupero della fuga extraregionale, risulta opportuno procedere ad un monitoraggio, infra annuale dei volumi prestazionali richiesti ed erogati ed addvenire ad eventuale modifica e/o integrazione del presente Accordo aggiuntivo;
15. che, dando attuazione a quanto previsto negli Accordi regionali, in data 19/11/2021 l'Azienda e la Struttura hanno stipulato un Accordo (di seguito **Accordo base**) per l'erogazione di prestazioni di ricovero e specialistica am-

bulatoriale a valere sul budget ordinario storico assunto al protocollo con il numero di repertorio 0172726– P / GEN / ASUFC.

RICHIAMATO in quanto compatibile il contenuto e le specifiche clausole contrattuali presenti nell'Accordo base;

Tutto ciò premesso e considerato, le parti stipulano e sottoscrivono il presente Accordo aggiuntivo, avente ad oggetto l'acquisto e l'erogazione di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale per conto del S.S.R. a favore di assistiti della Regione FVG, con oneri da porre a carico del bilancio delle Aziende sanitarie della Regione, sulla base delle disposizioni contenute nell'apposito paragrafo rubricato "Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d'attesa" dell'Accordo triennale 2021 – 2023 approvato con DGR 1037/2021 e per l'utilizzo del finanziamento all'uopo finalizzato.

Articolo 1

Finalità dell'Accordo

1. In conformità e nei limiti delle quote assegnate ad ogni erogatore privato negli Accordi regionali, il presente Accordo è finalizzato alla riduzione, con particolare riguardo ad alcune individuate branche specialistiche, in base alle prestazioni analiticamente declinate al successivo art. 3, dei tempi di attesa e della conseguente mobilità extraregionale (fuga) degli utenti residenti in FVG. Detta finalità viene realizzata mediante l'ampliamento dell'offerta di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale secondo l'incremento dell'offerta di cui al successivo art. 2.

Articolo 2

Oggetto del contratto

1. Per le finalità stabilite al precedente art. 1, entro un mese dalla sottoscrizione del presente Accordo aggiuntivo, la Struttura presenta all'Azienda un progetto trien-

nale che contenga le azioni volte a contribuire alla progressiva riduzione delle liste di attesa e della fuga extraregionale per mezzo dell'erogazione delle prestazioni inerenti alle branche specialistiche di cui al successivo art. 3, anche con riferimento alle azioni già realizzate nelle more della sottoscrizione del presente Accordo aggiuntivo.

2. In aggiunta a quanto previsto dall'Accordo base, la Struttura si impegna ad erogare nella sede indicata nei provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento, a favore dei cittadini regionali, a prescindere dall'azienda di residenza degli stessi ed in coerenza con i provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento, le prestazioni inerenti alle branche specialistiche di cui al successivo art.3.

3. Le branche specialistiche alle quali è destinato il finanziamento della progettualità sono quelle di specialistica ambulatoriale individuate nella DGR 1763/2019 e quelle di ricovero le cui criticità emergono dalle rilevazioni regionali.

Articolo 3

Volume di prestazioni erogabili e budget assegnato

1. Il budget assegnato alla Struttura, comunque non superiore al tetto massimo fissato per i budget straordinario, per l'erogazione delle prestazioni oggetto del presente Accordo aggiuntivo, è specificato nella sotto riportata tabella nella quale è analiticamente individuato, allo stato, l'importo delle quote di competenza relativo alle prestazioni di ricovero e a quelle di specialistica ambulatoriale per ciascuna annualità di riferimento e di vigenza del presente Accordo aggiuntivo:

Importi DGR 1037/2021	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Attività di ricovero	2.621.368,98	2.621.368,98	2.621.368,98
Specialistica ambulatoriale	1.862.599,59	1.862.599,59	1.862.599,59
Totale	4.483.968,57	4.483.968,57	4.483.968,57

Descrizione interventi ortopedici in regime di ricovero ordinario o DH	Volumi richiesti anno 2021	Volumi richiesti anno 2022	Volumi richiesti anno 2023
Artroscopia spalla (DRG 227 e 232)	80	80	80
Artroscopia ginocchio (DRG 503)	100	100	100
Intervento di protesi di anca o di ginocchio (DRG 544 e 545)	250	250	250

Descrizione prestazioni di specialistica ambulatoriale e codici tariffari	Volumi richiesti anno 2021	Volumi richiesti anno 2022	Volumi richiesti anno 2023
Intervento di cataratta (cod. 13.41)	130	130	130
RM addome/angioRM addome/colangioRM (cod. 88.95.1-7, 88.95.A, 88.97.A)	1.000	1.000	1.000
RM colonna cervicale, toracica, lombosacrale (codici 88.93, 88.93.1)	1.000	1.000	1.000
RM cervello, tronco encefalico Incluso: relativo distretto vascolare (codici 88.91.1, 88.91.2 e 88.91.5)	1.000	1.000	1.000
TC addome superiore, inferiore e completo (codici 88.01.1-6, 88.9571)	800	800	800
TC capo (codici 87.03, 87.03.1)	500	500	500
TC rachide (codici 88.38.A-F)	500	500	500
TC torace (codici 87.41 e 87.41.1)	800	800	800
Prima visita gastroenterologica (codice 89.7A.9)	500	500	500

Colonscopie e sigmoidoscopie (codici 45.23, 45.23.1-4, 45.24 e 45.24.1-2, 45.25, 45.26.1, 48.23)	1.000	1.000	1.000
EGDS (codici 45.13, 45.16.1-2, 45.19.1)	1.000	1.000	1.000
Prima visita Cardiologica (codice 89.7A.3)	500	500	500
Ecografia cardiaca (codice 88.72.2)	500	500	500
Prima visita dermatologica (codice 89.7A.7)	800	800	800
Prima visita oculistica (codice 95.02)	600	600	600
Prima visita endocrinologica (codice 89.7A.8)	500	500	500

2. La Struttura si impegna a realizzare i volumi di attività assegnati con riduzione della mobilità passiva extraregionale e dei tempi di attesa.

3. La Struttura si impegna a programmare la propria attività in modo da garantire la continuità nell'erogazione delle prestazioni.

4. La Struttura applica le tariffe del nomenclatore tariffario regionale in vigore, approvato con DGR n. 1680 del 14/09/2018 e successive modifiche e integrazioni, al netto del ticket.

Articolo 4

Rendicontazione delle prestazioni e verifica della riduzione dei volumi di attività ed economici della mobilità passiva extraregionale e dei tempi di attesa

1. In conformità all'Accordo regionale, le prestazioni di cui all'art. 3 sono oggetto di apposita separata e analitica rendicontazione rispetto all'utilizzo del finanziamento specifico finalizzato ed entro i limiti del budget individuato al medesimo art. 3.
2. La Struttura s'impegna trimestralmente a fornire all'Azienda apposita rendicontazione analitica delle prestazioni effettuate di cui all'art. 3.

3. Sulla base dei dati derivanti dalle rendicontazioni, l'Azienda provvede a verificare la congruità delle prestazioni erogate rispetto alle condizioni stabilite nel presente Accordo.
4. Sulla base dei dati aziendali disponibili e di quelli forniti dalla Direzione Centrale Salute Politiche Sociali e Disabilità e da ARCS, anche a seguito delle risultanze dei tavoli di confronto previsti dagli Accordi regionali richiamati in premessa, l'Azienda provvede a verificare l'effettiva riduzione della mobilità passiva extraregionale, in termini di volumi di attività e valore economico e dei tempi di attesa, complessivamente considerata ed oggetto del presente Accordo aggiuntivo.
5. Al fine di monitorare l'andamento del raggiungimento degli obiettivi prefissati di riduzione progressiva della mobilità passiva extraregionale e dei tempi di attesa, di cui ai commi precedenti, le parti concordano di fare riferimento, in via provvisoria, all'analisi dei dati relativi alla fuga extraregionale forniti dalla Direzione Centrale Salute Politiche Sociali e Disabilità e da ARCS in sede di incontri fissati semestralmente, il primo con cadenza a un anno dalla sottoscrizione del presente accordo , quindi nel mese di ottobre 2022 e così nei semestri successivi.
6. A fronte dell'effettuato controllo periodico, l'Azienda s'impegna a promuovere la partecipazione dell'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute e della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità agli incontri di cui al comma 5 per l'analisi e la verifica congiunta con la Struttura privata accreditata della concreta efficacia della progettualità oggetto del presente Accordo. L'Azienda, inoltre, partecipa ai tavoli di confronto di cui all'Accordo regionale per ogni aspetto di competenza al fine contribuire alla valutazione dell'efficacia della progettualità oggetto del presente Accordo aggiuntivo. Qualora sulla base dei dati oggettivi ri-

levati, come previsto nell'Accordo Regionale, emerga una parziale o totale inefficacia della progettualità oggetto del presente Accordo, avendo particolare riguardo al raggiungimento degli obiettivi prefissati di riduzione progressiva dei tempi di attesa e della connessa mobilità passiva extraregionale, la Regione, previo confronto con gli erogatori privati accreditati, potrà adottare le necessarie azioni e determinazioni volte a rimodulare, limitare e/o sospendere la medesima progettualità ed il relativo finanziamento.

Articolo 5

Liquidazione del corrispettivo

1. Non sono oggetto di remunerazione alcuna le seguenti prestazioni e, precisamente:
 - a. quelle erogate a cittadini non residenti in Regione FVG;
 - b. quelle non ricomprese nelle branche specialistiche e nelle tipologie prestazionali individuate analiticamente al precedente art. 3;
 - c. quelle che, seppur ricomprese nelle branche specialistiche e nelle tipologie prestazionali individuate analiticamente al precedente art. 3, superano per valore economico il budget concretamente attribuito di cui al medesimo articolo;
 - d. quelle non rendicontate secondo le specifiche modalità stabilite al precedente art. "Rendicontazione delle prestazioni e verifica della riduzione dei volumi di attività ed economici della mobilità passiva extraregionale e dei tempi di attesa".
2. L'attività oggetto del presente Accordo aggiuntivo deve essere oggetto di fatturazione separata con chiara evidenza della tipologia, numerosità

delle prestazioni erogate, nonché della residenza dell'utente.

3. Le fatture sono liquidate per stati di avanzamento della progettualità entro 90 giorni dal loro ricevimento.

Articolo 6

Misure conseguenti agli esiti delle verifiche

1. Se i risultati definitivi riferiti alla riduzione della mobilità extraregionale per ciascuno degli anni 2021, 2022, 2023, presentano un valore in termini economici della fuga recuperata inferiore al budget straordinario riconosciuto su base annuale per la progettualità, le risorse ordinarie destinate ai privati convenzionati vengono ridotte per un valore corrispondente, nei limiti del valore totale delle quote straordinarie destinate alla progettualità. Di conseguenza, in via prioritaria, tale valore viene recuperato proporzionalmente nel primo accordo aziendale utile che utilizza risorse ordinarie, anche se successivo al termine della progettualità.
2. Il valore economico derivante dalla riduzione di cui al comma 1 non costituisce disponibilità dell'Azienda in quanto finalizzato a compensare la mancata riduzione dei costi per la mobilità passiva registrata negli esercizi precedenti.
3. Sono fatti salvi eventuali indirizzi regionali dati in merito.

Articolo 7

Decorrenza e durata

1. Conformemente a quanto previsto dall'Accordo regionale, considerato che la progettualità è da realizzare durante il triennio di validità dello stesso, il presente Accordo aggiuntivo ha durata triennale e concerne il periodo 1 gennaio 2021 – 31 dicembre 2023, producendo i suoi effetti anche retroattivamente rispetto alla data di sottoscrizione.

2. La validità del presente contratto è condizionata alla permanenza dei presupposti di autorizzazione e accreditamento della Struttura.
3. Il presente contratto è trasmesso in copia di gittale alla Direzione Centrale Salute.

Articolo 8

Modifiche contrattuali e condizione risolutiva

1. Ai sensi di quanto disposto dagli Accordi regionali, il presente Accordo aggiuntivo può essere modificato o risolversi nel caso in cui l'Amministrazione regionale si pronunci in merito alla parziale o totale inefficacia della progettualità finalizzata alla limitazione della mobilità extraregionale attraverso la riduzione delle liste di attesa e conseguente rimodulazione, limitazione o sospensione del relativo finanziamento.
2. Restano fermi gli effetti economici prodotti in merito alle prestazioni già eseguite.
3. Le clausole del presente Accordo aggiuntivo possono essere modificate, altresì, per effetto dell'entrata in vigore di disposizioni di legge, statale o regionale.

Articolo 9

Norma di rinvio

1. Per quanto non disciplinato in maniera specifica dal presente Accordo aggiuntivo si applicano, in quanto compatibili, le clausole contrattuali contenute nell'Accordo base.

Per l'Azienda Sanitaria Universitaria

Per la Struttura

Friuli Centrale

Il legale rappresentante p.t.

Il Direttore Generale

Le parti, letti e condivisi, accettano espressamente i contenuti dell'art. 8.

Per l'Azienda Sanitaria Universitaria

Per la Struttura

Friuli Centrale

Il legale rappresentante p.t.

Il Direttore Generale