

## **ACCORDO FRA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA E STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

### **Art. 1 Oggetto**

Il presente accordo ha per oggetto le prestazioni sanitarie di:  
- specialistica ambulatoriale

### **Art. 2 Durata**

Il presente accordo ha durata triennale, dal 01.01.2014 al 31.12.2016

### **Art. 3 Accessibilità, qualità ed appropriatezza**

Con il presente accordo, la sanità privata accreditata presente in Regione integra quella pubblica con il fine di potenziare l'offerta e dare al sistema regionale maggiore flessibilità nell'erogazione delle prestazioni di cui all'art. 1, anche con l'obiettivo di concorrere al contenimento dei tempi d'attesa e di arginare il ricorso dei cittadini a strutture extra-regionali, nel rispetto della libertà di scelta del cittadino.

In recepimento del criterio della libera scelta del cittadino, relativamente alla struttura (pubblica o privata accreditata) alla quale rivolgersi avvalendosi del Servizio Sanitario Regionale, l'accesso alle strutture private accreditate è libero, nei limiti connessi con il volume di attività assegnato alle singole strutture, fatta salva la presentazione dell'impegnativa redatta sul ricettario del SSR (effettuata dal MMG/PLS o da un medico dipendente del Servizio sanitario regionale).

In analogia con quanto avviene per quelle pubbliche, le strutture private di cui al presente accordo assicurano alti livelli di qualità e sicurezza delle prestazioni, con particolare riferimento all'appropriatezza, alla congruità tecnologica ed alla modalità di refertazione. Ne consegue che le prestazioni che devono essere ripetute per problemi connessi alla qualità non vengono riconosciute. La documentazione clinica deve essere informatizzata per poter gestire le informazioni ed integrarsi con il fascicolo sanitario unico regionale. Inoltre, le strutture partecipano alle attività di studio, monitoraggio e miglioramento promosse dalla Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia e/o dalle singole aziende di riferimento.

### **Art 4 Programmazione regionale**

La Regione sta procedendo alla riorganizzazione dell'offerta delle prestazioni di laboratorio, per le quali l'automazione standardizzata ed informatizzata delle attività analitiche consente di ottenere ampie economie concentrando le attività in un unico polo pubblico di Area Vasta. Per tali prestazioni, pertanto, si ritiene di ridurre progressivamente il budget (rispetto al valore assegnato alle singole strutture dal precedente accordo), del 30%

nel 2014, del 50% nel 2015 e del 70% nel 2016. Le strutture accreditate anche per altre attività mantengono il budget riversandone progressivamente il 70% sulle altre discipline per le quali sono alti i tempi d'attesa oppure è elevata la fuga extra-regionale. Rimane, invece, utile lasciare alle strutture una quota del 30% del finanziamento per assicurare la massima diffusione dell'attività di prelievo nel territorio. Di un tanto si dovrà tenere conto nell'accordo contrattuale da stipulare con l'azienda sanitaria di riferimento.

Per le attività di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate è obbligatoria l'adesione alle agende CUP regionali. Il budget di ogni erogatore viene ridotto del 2% rispetto all'anno 2011. Con l'applicazione delle nuove tariffe, il risparmio della specialistica ambulatoriale rimane alle strutture per potenziare le attività di specialistica ambulatoriale per le quali sono alti i tempi d'attesa oppure è elevata la fuga extra-regionale. Di un tanto si dovrà tenere conto nella stipula dei contratti fra struttura ed azienda sanitaria di riferimento.

Fermo restando che il finanziamento annuo per la specialistica ambulatoriale è di 180 euro pro-capite per abitante pesato, con il limite di 4 prestazioni medie, è necessario lavorare sull'appropriatezza delle richieste e sui percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali, orientando la produzione verso alcuni specifici settori di attività come programmato in Area Vasta, anche riconvertendo la produzione verso le attività di screening per i tumori della mammella, del colon-retto e della cervice uterina.

## **Art 5 Livelli di contrattazione**

A livello regionale, vengono individuate le risorse economiche che per il tramite delle Aree Vaste sono destinate ai singoli erogatori privati.

A livello di Area vasta, viene definita la programmazione dell'offerta di specialistica ambulatoriale delle strutture private, per disciplina e tipologia di prestazione delle diverse specialità accreditate. In particolare, la programmazione annuale deve essere distribuita armonicamente nell'arco dei dodici mesi dell'anno ed orientare le attività tenendo in considerazione la situazione dell'offerta pubblica già presente nel territorio, delle liste d'attesa e dei livelli di fuga extra-regionale.

È quindi compito dell'Azienda sanitaria di riferimento, con apposito atto sottoscritto annualmente con i soggetti privati stipulare l'accordo contrattuale, trasformando il valore economico assegnato a ciascun erogatore in volumi di attività (tipologia e quantità di prestazioni delle diverse specialità accreditate). Ogni Azienda sanitaria dovrà inviare l'accordo annuale alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia entro il 31 marzo di ogni anno.

La mancata sottoscrizione degli accordi tra Aziende sanitarie e soggetti privati, deve essere segnalata alla Direzione centrale della Salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, inoltrando alla stessa la relativa documentazione per attuare i successivi provvedimenti. Entro il mese di gennaio 2014, la Direzione centrale della Salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia invierà ai direttori generali delle aziende sanitarie un fac-simile di accordo contrattuale valido per tutti gli accordi della Regione. Il mancato rispetto del contratto può costituire causa di risoluzione da parte di uno dei contraenti.

## **Art. 6 Risorse economiche**

L'ammontare del finanziamento assegnato nel precedente accordo alle strutture private, ridotto del 2% rispetto al valore del 2011, corrisponde a € 12.142.889 euro. La quota di specialistica ambulatoriale, riferita al 2012, è

ricalcolata con le nuove tariffe. Il risparmio rimane come budget all'erogatore. La quota è integrata con la regressione 2011 ridotta del 2% e con le quote del 2012 remunerate dalle Aziende sanitarie su specifici settori di attività ritenuti ancora prioritari per tenere sotto controllo le liste d'attesa e ridurre la fuga extra-regionale (oculistica soprattutto per interventi sul cristallino, RMN di cervello tronco encefalico e colonna, medicina dello sport, fisioterapia e dialisi), ricalcolati con le nuove tariffe oppure ridotti del 2%. La quota "prelievi" riconosciuta nel 2012 ad un erogatore con risorse aziendali viene assorbita dalla riduzione prevista per l'attività analitica di laboratorio.

Il precedente accordo prevedeva un meccanismo di regressione per un totale di 704.024 euro (riferimento anno 2011 detratto del 2%). Ad ogni erogatore viene assegnata la quota di regressione riconosciuta nell'anno 2011 abbattuta del 2%, con il fine di potenziare le attività per le quali sono alti i tempi d'attesa oppure è elevata la fuga extra-regionale.

Sul valore complessivo assegnato ad ogni erogatore, le aziende di riferimento concordano le attività da svolgere (tipologia e quantità di prestazioni). Le quote assegnate ad ogni erogatore, salvo errori od omissioni che la Regione si impegna a correggere anche nel corso dell'anno 2014, sono le seguenti:

STRUTTURA	Quota 2012 - 2%	Regressione 2011 - 2%	Oculistica 2012 con nuove tariffe	Medicina sportiva 2012 - 2%	RMN 2012 con nuove tariffe	Fisioterapia 2012 - 2%	Dialisi 2012 con nuove tariffe	TOTALE
Nova Salus	906.971	31.491						938.462
IDR Imago Istituto di Diagnostica Radiologica	849.196	111.595			70.285			1.031.076
Istituto Diagnostico Friuli Coram	778.505	131.128		29.400				939.033
Laboratorio Nordest Trieste	610.286							610.286
Laboratorio Nordest Udine	1.288.000							1.288.000
Istituto Radiologico Zennaro	121.596							121.596
Studio Radiologico Catania	415.363	31.630						446.993
Studio Radiologico Zucconi	345.419	32.651						378.070
Static	436.811	871						437.682
Sanitas Studio Fisioterapico	525.694	4.289						529.983
Polimedica Pasteur	177.769			58.800		63.700		300.269
Riabimed	410.558					53.900		464.458
Istituto Radiologico Gortan	526.887	50.344			111.800			689.031
Radiologia Cervignanese	340.937	22.388						363.325
Sanirad	511.879	106.327		39.200	123.446			780.852
Olomed	545.885	15.668		9.800	62.792			634.145
Centro Medico Università Castrense	580.871	60.932	737.500		186.000			1.565.303
Diagnostica 53	365.917	11.503						377.420

Centro Medico Esperia	640.871	55.145		19.600				715.616
Salus D SRL Monfalcone	164.959							164.959
Istituto Fisioterapico Magri	71.021							71.021
Istituto dott. Sergio Polonio	204.453							204.453
Fisioterapia Rinaldi	295.919							295.919
Eutonia srl	76.401					14.700		91.101
La nostra famiglia	98.002							98.002
Studio dentistico Dolso	93.797							93.797
Michelone	57.171							57.171
Sanisystem srl	685.863	66.241		9.800				761.904
Sanitas FVG			139.650					139.650
Salus Alpe Adria			143.325					143.325
Maniago Nuoto				29.400				29.400
Studio Fisioterapia Busetto e Puntel				29.400				29.400
Domus Medica				76.822				76.822
EFA Dialisi Alle Vele							32.781	32.781
TOTALE	12.127.001	732.203	1.020.475	302.222	554.323	132.300	32.781	14.901.305

Per l'anno 2015 le quote di Lab Nordest Udine e Trieste saranno rispettivamente di 920.000 e 435.919 euro. Per l'anno 2016 le quote di Lab Nordest Udine e Trieste saranno rispettivamente di 552.000 e 261.551 euro.

Il precedente accordo prevedeva altre quote da distribuire fra tutti gli erogatori privati ("residui", "vecchi accreditati" e "finanziamento per prestazioni critiche"). Tali quote vengono suddivise fra ospedali privati accreditati (70%) e gli altri erogatori privati per la specialistica ambulatoriale (30%). Le quote previste nel precedente accordo, anch'esse ridotte del 2%, corrispondono a "residui" (73.818 euro), "vecchi accreditati" (224.400 euro) e "finanziamento per prestazioni critiche" (441.000 euro). Il totale di tali quote corrisponde a 739.218 euro.

Nella vigenza del precedente accordo hanno cessato l'attività alcuni erogatori per un importo complessivo, detratto del 2% rispetto al valore 2011, di 638.394 euro.

La somma degli importi sopra descritti corrisponde a 1.377.612 euro che vengono distribuiti fra le Aree vaste, in base alla popolazione pesata, con il fine di compensare le assegnazioni di alcuni erogatori che sono stati accreditati nel corso del 2012 per l'attività di cataratta e di potenziare le attività per le quali è elevata la fuga extra-regionale. La distribuzione, pertanto, è rapportata ai valori di fuga extra-regionale dell'anno 2012 della specialistica ambulatoriale. Ne consegue che la distribuzione fra le Aziende sanitarie è la seguente:

Area vasta giuliano isontina	444.692 euro
Area vasta udinese	599.979 euro
Azienda vasta pordenonese	332.941 euro

Nel caso in cui un erogatore fosse oggetto di revoca dell'accreditamento o rinunciasse allo stesso, l'importo relativo al suo budget potrà essere utilizzato, limitatamente alla vigenza del presente accordo, dall'azienda sanitaria di riferimento, previa autorizzazione da parte della Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia e sentite le associazioni firmatarie di riferimento, per potenziare le attività di specialistica ambulatoriale per le quali è elevata la fuga extra-regionale.



Considerato che i risparmi derivanti dall'applicazione delle nuove tariffe rimangono agli erogatori con il fine di contrastare la fuga extra-regionale, ogni Area vasta dovrà monitorare l'andamento delle fughe extraregionali ed apportare i correttivi, a tal fine necessari, nel mix di casistica delle strutture.

Nel caso di acquisizione o di fusione tra due o più erogatori privati o di cambiamento della ragione sociale, si deve acquisire il parere preventivo della Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia, ai fini del mantenimento dell'accreditamento e dell'accordo contrattuale. In presenza di parere favorevole, i relativi *budget* saranno sommati e costituiranno un nuovo unico budget. Eventuali altri soggetti privati, che fossero accreditati successivamente alla sottoscrizione del presente accordo, non potranno fruire delle risorse economiche attribuite agli erogatori di cui alla tabella allegata.

#### **Art. 7 Tariffe**

I soggetti privati applicano le tariffe del nomenclatore tariffario regionale al netto dei ticket. Vengono confermate le disposizioni relative agli sconti effettuati dagli erogatori privati di cui alla DGR 704/2007 così come modificata dalla DGR 1231/07. La rideterminazione delle tariffe non ha effetti sul budget assegnato ad ogni erogatore. Il risparmio rimane all'erogatore e costituisce elemento a disposizione dell'Azienda sanitaria di riferimento per rivedere gli accordi locali con i quali sono stati definiti i volumi di attività, secondo le indicazioni degli articoli 5 e 6.

Non è più previsto il meccanismo di regressione in quanto il fondo storico è stato assegnato in quota ai singoli erogatori o in quota all'azienda sanitaria di riferimento. Le prestazioni eccedenti il budget assegnato non sono riconosciute.

Alle tariffe di specialistica ambulatoriale verrà applicata la trattenuta dei costi di prenotazione, come da costo sostenuto dagli erogatori pubblici, solo da quando il sistema informatico consentirà alle strutture private la completa gestione delle agende e delle conseguenti attività.

In analogia a quanto avviene per gli erogatori pubblici, le attività di specialistica ambulatoriale prestate per i cittadini provenienti da altre Regioni verranno corrisposte in base a quanto effettivamente riconosciuto dalla regione di provenienza del paziente.

Essendo gli erogatori tenuti a programmare l'attività armonicamente nei dodici mesi, non è consentita l'interruzione delle prestazioni per fine budget, pena la risoluzione dell'accordo contrattuale. Ne consegue che eventuali prestazioni eccedenti rispetto a quanto pattuito negli accordi contrattuali dovranno essere erogate gratuitamente.

È responsabilità di ogni singola Azienda sanitaria effettuare i controlli di cui alla legge 133/2008 e al decreto ministeriale 10 dicembre 2009, relativi all'attività erogata.

#### **Art. 8 Fatturazione e pagamenti**

Gli erogatori privati verranno remunerati dall'Azienda capofila di Area Vasta secondo le seguenti modalità:

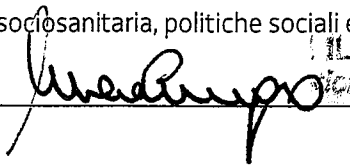
- al 30 di ogni mese viene liquidato d'ufficio l'acconto riferito al mese stesso, calcolato sulla base del 70% del *budget* mensile teorico (*budget* annuale diviso 12)
- al ricevimento delle relative fatture verrà disposto il saldo entro 90 giorni.



Trieste, 23 dicembre 2013

Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia

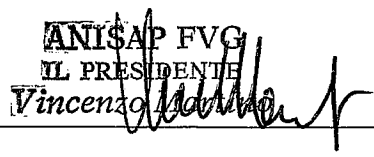
Dott. Adriano Marcolongo \_\_\_\_\_



IL DIRETTORE CENTRALE  
Dott. Adriano MARCOLONGO

ANISAP FVG

Vincenzo Martino \_\_\_\_\_



ANISAP FVG  
IL PRESIDENTE  
Vincenzo Martino

Assosalute FVG

Dott. Claudio Riccobon \_\_\_\_\_

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE