

	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA, POLITICHE SOCIALI E FAMIGLIA	
tel + 39 0403775551 fax + 39 0403775523	salute@regione.fvg.it salute@certregione.fvg.it I - 34124 Trieste, Riva Nazario Sauro 8

ACCORDO FRA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA E LE CASE DI CURA PRIVATE ACCREDITATE Periodo 2017-2019

Art. 1

Oggetto

Il presente accordo ha per oggetto le prestazioni sanitarie, svolte dalle Case di cura private accreditate, di:

- ricovero
- specialistica ambulatoriale

Art. 2

Durata

Il presente accordo ha durata triennale, dal 01.01.2017 al 31.12.2019

Art. 3

Accessibilità, qualità ed appropriatezza

Le Case di Cura private accreditate presenti in Regione integrano la rete dei presidi ospedalieri pubblici 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, pur nel rispetto della loro libertà di scelta.

In recepimento del criterio della libera scelta del cittadino, relativamente alla struttura (pubblica o privata accreditata) alla quale rivolgersi avvalendosi del Servizio Sanitario Regionale (SSR), l'accesso alle case di cura private accreditate è libero, nei limiti connessi con i volumi di attività assegnati alle singole strutture, fatta salva la presentazione dell'impegnativa redatta sul ricettario del SSR, effettuata dal MMG/PLS o da un medico del SSR (dipendente o convenzionato) o da un medico della stessa struttura privata accreditata per i casi in cui è previsto.

Le case di cura private accreditate 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. Le strutture partecipano alle attività di studio, monitoraggio e miglioramento promosse dalla Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia (DCS) e/o dalle singole Aziende per l'assistenza sanitaria (AAS) e/o dalle Aziende sanitarie universitarie integrate (ASUI) di riferimento. In particolare, ottemperano a quanto previsto dalla DGR 1970/2016 "L 208/2015 - Rete Cure Sicure FVG della Regione Friuli Venezia Giulia: modello organizzativo.", partecipando attivamente ai programmi di miglioramento della sicurezza dei pazienti e alle percentuali previste annualmente dalle Linee per la gestione del SSR per i DRG riguardanti i ricoveri a potenziale rischio di inappropriatezza.

Art 4

Programmazione regionale

Le Case di Cura private accreditate possono erogare prestazioni di ricovero e ambulatoriali nelle sole branche per le quali è stato rilasciato l'accreditamento. Per le prestazioni di ricovero l'accreditamento riguarda le sole branche indicate nella DGR 2673/2014. L'esecuzione di prestazioni di ricovero o ambulatoriali in branche diverse non può dar seguito al riconoscimento economico da parte delle AAS/ASUI.

Nelle more della definizione degli accordi fra le Regioni, l'attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale per i cittadini residenti presso le altre regioni è svolta nel rispetto del tetto economico fissato dalla norma nazionale in vigore che stabilisce di fare riferimento all'erogato 2011 ridotto del 2% per l'attività di ricovero e del 3% per l'attività di specialistica ambulatoriale; rimane senza vincoli di tetto la sola attività riguardante i ricoveri con DRG di alta specialità. Il presente comma potrà essere aggiornato e/o rivisto alla luce dell'evoluzione della normativa e degli accordi interregionali. Le parti si impegnano comunque a ritrovarsi entro il 31 marzo 2017 per la definizione della questione riguardante i rapporti di mobilità fra le Regioni.

Stante la necessità di alimentare correttamente e compiutamente il registro tumori e il registro delle resistenze batteriche, ove le case di cura private accreditate non si avvalgano, per i pazienti ricoverati, dei servizi presenti presso uno dei presidi ospedalieri hub della Regione, le stesse sono tenute ad inviare tutti i dati necessari alla struttura di Epidemiologia clinica del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, per quanto riguarda il registro tumori, e alla struttura di Microbiologia e virologia di riferimento, per quanto riguarda il registro delle resistenze batteriche.

Per le attività di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate è obbligatoria l'adesione alle agende CUP regionali che non possono essere chiuse, a meno di cessazione dell'attività specifica. Ne consegue che l'attività prevista dall'accordo contrattuale annualmente stipulato con l'azienda di riferimento deve essere armonicamente distribuita nell'arco dei dodici mesi, ferma restando la possibilità di programmare alcune sospensioni temporanee per i periodi feriali. L'utilizzo del servizio di prenotazione fornito dal call center/CUP regionale per le prestazioni erogate per conto del SSR da parte degli erogatori privati è riconosciuto tramite l'abbattimento del 2% delle tariffe per la specialistica ambulatoriale, di cui all'art.8; per le prestazioni non convenzionate con il SSR è a totale carico dell'erogatore.

A meno di diverse disposizioni statali, l'applicazione di nuove tariffe per le prestazioni di ricovero e/o di specialistica ambulatoriale non modifica i tetti economici assegnati con il presente accordo alle case di cura

private accreditate; il passaggio in regime ambulatoriale di prestazioni precedentemente svolte in regime di ricovero può determinare modifiche nella composizione del budget individuato all'articolo 6.

Al fine di potenziare l'attività di screening e raggiungere i valori target previsti dai piani nazionale e regionale della prevenzione, le case di cura private accreditate sono autorizzate a svolgere, per le branche nelle quali sono accreditate e nel rispetto dei requisiti procedurali, professionali e tecnologici previsti, i pap-test (cervice uterina) e le mammografie (mammella), integrandosi con il sistema degli screening regionale. Tali attività sono extra-budget e vengono riconosciute secondo le tariffe del nomenclatore tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale, ad eccezione della mammografia (non refertata) alla quale si applica la stessa tariffa applicata per l'appalto attualmente in vigore. La collaborazione delle case di cura private accreditate nello svolgimento delle attività di screening è finalizzata ad aumentare l'adesione; per lo screening mammografico decorrerà dalla scadenza dell'appalto attualmente in vigore prevista per il mese di luglio del 2018. Per permettere il completo avvio dell'attività a partire dalla data di scadenza dell'appalto in essere, nel periodo intercorrente si procederà all'individuazione degli erogatori privati accreditati che rispettano i requisiti organizzativi e tecnologici richiesti e intendono partecipare alle attività; questi ultimi, a decorrere dall'1 gennaio 2018, potranno erogare prestazioni di screening mammografico finalizzate ad aumentare l'adesione delle donne che entro la fine del 2017 non hanno aderito né alla prima, né alla seconda chiamata su mezzo mobile. A tal fine la Regione invierà la seconda chiamata su mezzo mobile, mentre la terza aprirà anche alla possibilità di accedere agli erogatori privati accreditati che hanno aderito.

Al fine di potenziare le attività vaccinali e raggiungere i valori target previsti dai piani nazionale e regionale della prevenzione, le case di cura private accreditate sono autorizzate a svolgere le vaccinazioni nell'adulto, in raccordo con i dipartimenti di prevenzione di riferimento che forniscono anche i relativi vaccini. Tali attività sono riconosciute extra-budget applicando la tariffa prevista dal nomenclatore tariffario per la specialistica ambulatoriale per la vaccinazione (cod. 99.22), alla quale è detratto il costo del vaccino in quanto fornito dal dipartimento di prevenzione dell'AAS/ASUI, fino al massimo del 70% della tariffa.

Vista la riorganizzazione complessiva dell'attività di Medicina di Laboratorio, che ha coinvolto le strutture pubbliche di tutta la Regione, gli erogatori privati devono progressivamente limitare al di sotto di 250.000 euro le prestazioni erogate per conto del SSR nella branca di Medicina di laboratorio, fatta salva l'attività di prelievo dei campioni. Le AAS/ASUI di riferimento che non hanno completato l'informatizzazione necessaria accordano, in via transitoria, una quota di attività analitica necessaria a completare il processo di informatizzazione richiesto per svolgere le attività di accettazione, prelievo e consegna dei referti per conto dei laboratori pubblici. Entro il primo anno dell'accordo viene fatta una verifica sull'attuazione.

Art 5

Livelli di contrattazione

A livello regionale, con il presente accordo vengono individuate le risorse economiche che sono destinate ai singoli erogatori privati accreditati.

A livello aziendale (AAS o ASUI), sulla base del budget riconosciuto dalla Regione, viene definita la programmazione quali-quantitativa dell'offerta di ricovero e di specialistica ambulatoriale delle case di cura private accreditate, per disciplina e tipologia di prestazione delle diverse specialità accreditate. In particolare, la

programmazione annuale deve 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-aziendale ed extra-regionale.

L'AAS o l'ASUI di riferimento, con apposito accordo contrattuale di cui all'art. 51 della L.R. 17/2014, sottoscritto annualmente con i soggetti privati accreditati, stipula l'accordo contrattuale trasformando il valore economico assegnato a ciascun erogatore in volumi di attività (tipologia e quantità di prestazioni delle diverse specialità accreditate). Le AAS o ASUI dovranno inviare l'accordo annuale alla DCS entro il 31 marzo di ogni anno. La mancata sottoscrizione degli accordi tra AAS o ASUI e soggetti privati accreditati, deve essere segnalata alla DCS, inoltrando alla stessa la relativa documentazione per attuare i successivi provvedimenti. Il mancato rispetto del contratto può costituire causa di risoluzione da parte di uno dei contraenti. I contraenti si impegnano ad erogare le prestazioni secondo i principi generali regolatori della normativa nazionale e regionale.

Art. 6 **Risorse economiche**

L'ammontare del finanziamento assegnato alle case di cura private accreditate nel precedente accordo, comprese le successive rettifiche e già decurtato secondo le indicazioni delle norme nazionali in vigore, corrisponde a € 68.811.726 (€ 68.285.589 da DGR 27/2014 + € 526.137 x correzione errori materiali), ai quali si aggiungono € 1.898.286 che nell'accordo 2014-2016 rientravano nell'accordo con le strutture private accreditate per la specialistica ambulatoriale ed erano state attribuite a Laboratorio Nordest di Trieste e di Udine che sono state assorbite nella Casa di Cura Città di Udine. L'ammontare del finanziamento assegnato nel precedente accordo alle case di cura private accreditate, comprese le successive rettifiche, corrispondeva a € € 70.710.012. Tale quota viene confermata nel presente accordo valevole per le annualità 2017-2019, pur ridotta del 1% della quota allora individuata, per ciascun erogatore, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (€ 22.041.936), corrispondente a € 220.419, per effetto del comma 7 dell'articolo 9 quater della legge 125/2015. La somma complessiva del presente accordo pertanto corrisponde a € 70.489.593.

Sul valore complessivo assegnato ad ogni erogatore, le aziende di riferimento concordano le attività da svolgere (tipologia e quantità di prestazioni), tenendo in considerazione i tempi d'attesa. Le quote assegnate ad ogni erogatore sono le seguenti:

Struttura	Ricoveri	Specialistica ambulatoriale	TOTALE
Casa di Cura Città di Udine	12.844.708	9.033.608	21.878.316
Casa di Cura Pineta del Carso	10.472.318	2.536.011	13.008.329
Casa di Cura Salus	6.198.931	4.470.121	10.669.052
Casa di Cura San Giorgio	13.851.497	3.606.717	17.458.214
Casa di Cura Sanatorio Triestino	5.300.622	2.175.060	7.475.682
TOTALE	48.668.076	21.021.517	70.489.593

Considerando la prospettiva di trattare ambulatorialmente un sempre maggior numero di tipologie di prestazioni che attualmente sono svolte in regime di ricovero (ordinario o day hospital), le due componenti del budget delle case di cura private accreditate possono essere modificate in sede di accordo contrattuale con il quale le AAS/ASUI concordano le attività da svolgere per l'annualità in corso.

Le contestazioni sull'appropriatezza effettuate dalle AAS/ASUI, ancorché retroattive, hanno effetto sull'anno di esercizio nel quale è effettuata la contestazione.

Handwritten signature

Handwritten signature

Art. 7

Modifiche dei budget in seguito ad acquisizioni, cessazioni o nuovi accreditamenti

Nel caso di acquisizione o fusione per incorporazione tra due o più erogatori privati accreditati o di cambiamento della ragione sociale, va data comunicazione alla DCS, ai fini del mantenimento dell'accredimento e dell'accordo contrattuale. I relativi *budget* rimangono nell'AAS di competenza e non possono essere utilizzati per aprire nuove strutture. È possibile invece unificare i budget in caso di chiusura di una delle sedi operative.

Nel caso in cui una casa di cura privata accreditata fosse oggetto di revoca dell'accredimento o rinunciasse allo stesso oppure rinunci definitivamente a tutto o parte del budget assegnato, l'importo relativo al suo *budget* potrà essere riassegnato dalla Regione alle altre case di cura private accreditate, tramite accordo con le associazioni firmatarie del presente accordo, e utilizzato dalle AAS o dalle ASUI di riferimento per potenziare le attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale per le quali sono lunghe le liste d'attesa o è elevata la fuga extra-aziendale e/o extra-regionale. Il budget così assegnato viene storicizzato anche per le annualità a seguire.

Art. 8

Tariffe

Le case di cura private accreditate applicano le tariffe del tariffario regionale ricoveri e del nomenclatore tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale in vigore, al netto dei ticket per i residenti in FVG, mentre per i cittadini extra-regionali si applica il DM 18.10.2012 e successive modifiche. Alle tariffe della specialistica ambulatoriale si applica l'abbattimento del 2% (20% per quelle di diagnostica di laboratorio) ex lege 296/2006 comma 796. L'adozione del nuovo tariffario è oggetto di preventiva informazione alle associazioni degli erogatori privati.

Essendo l'accordo economico triennale, per gli anni 2017 e 2018, le prestazioni eccedenti il budget assegnato sono riconosciute fino ad un massimo del 3%, da detrarsi al budget dell'anno successivo; ulteriori prestazioni non vengono riconosciute. Parimenti, sottoutilizzi del budget inferiori al 3% vengono riassegnati per l'anno successivo, sottoutilizzi superiori vengono incamerati nel bilancio delle AAS o ASUI. 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.

In analogia a quanto avviene per gli erogatori pubblici, le attività di ricovero e 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. Crediti o debiti sugli acconti riconosciuti dalle AAS/ASUI o sui ticket incassati da parte dell'erogatore privato modificheranno il budget dell'anno successivo.

È responsabilità di ogni singola AAS o ASUI effettuare i controlli di cui alla legge 133/2008 e al decreto ministeriale 10 dicembre 2009, relativi all'attività erogata. Tali controlli sono effettuati nel rispetto della DGR 1321/2014.

In caso di rinnovo del CCNL dei lavoratori della sanità privata, le parti si impegnano ad incontrarsi per una valutazione dell'impatto ed eventuale revisione delle tariffe.

Art. 9
Informatizzazione

La Regione si impegna a favorire l'integrazione tra i software acquisiti presso INSIEL s.p.a. ed i sistemi gestionali in uso alle case di cura private accreditate, attraverso la definizione di protocolli di interoperabilità che permettano agli erogatori privati accreditati di:

- entro il 31 dicembre 2017, rendere disponibile la possibilità di prenotare le prestazioni tramite CUP e di ricevere le prenotazioni effettuate tramite CUP direttamente sulle agende presenti sui propri sistemi gestionali (restituzione liste di lavoro);
- eseguire l'accettazione di esami di laboratorio per i prelievi eseguiti da parte delle strutture private accreditate ed inviati all'AAS/ASUI per la parte analitica; ugualmente, automatizzare la restituzione del referto al sistema gestionale inviante al completamento della parte analitica;
- rendere disponibili alle strutture richiedenti gli applicativi che gestiscono gli screening e le vaccinazioni;
- importare nei propri sistemi gestionali le ricette elettroniche disponibili nel Sistema di Accoglienza Regionale, bloccandole contestualmente onde evitare il doppio utilizzo delle stesse da parte dei pazienti;
- compilare la scheda di dimissione ospedaliera (SDO) direttamente tramite i propri sistemi gestionali (nelle more, la compilazione può avvenire anche tramite il sistema ADT SISSR);
- trasmettere al sistema regionale i risultati di esami che dovessero essere necessari ai fini epidemiologici o per migliorare i processi di cura dei pazienti (es. emoglobina glicosilata);
- nel rispetto della normativa sulla privacy, accedere al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) per la consultazione dei precedenti e alimentare il FSE con i referti prodotti;
- accedere alle anagrafiche presenti nei sistemi in uso presso le AAS/ASUI con possibilità di accesso, tramite i propri sistemi gestionali, ad eventuali esenzioni attribuite ai pazienti.

I costi necessari ad effettuare le modifiche sui propri programmi gestionali, al fine di potersi interfacciare con i programmi INSIEL secondo i protocolli di interoperabilità messi a disposizione, sono a carico di ogni casa di cura privata accreditata. Qualora non fosse possibile realizzare gli adeguamenti riportati, ogni erogatore è comunque tenuto a fornire i dati obbligatori secondo gli standard indicati dall'INSIEL spa per:

- compilare e trasmettere la SDO
- alimentare il FSE
- comunicare le prescrizioni dematerializzate prese in carico
- inviare i dati relativi alle prestazioni effettuate.

Art. 10
Progettualità

Le AAS/ASUI utilizzano i finanziamenti assegnati annualmente in applicazione alla legge 7/2009 per attuare progetti di abbattimento delle liste d'attesa, coinvolgendo le case di cura private accreditate per almeno il 20% della quota assegnata, entro il 31 marzo con l'accordo contrattuale. Tali progetti hanno valore esclusivamente per l'anno di riferimento, non possono costituire storicizzazione del budget e possono essere rimodulati di anno in anno con le *Linee per la gestione del SSR*.

Eventuali risorse recuperate in seguito agli accordi con le altre Regioni sulla mobilità extra-regionale potranno essere assegnate alle case di cura private accreditate per appositi progetti di recupero della fuga extra-regionale in una percentuale da definire con apposito accordo aggiuntivo.

Per favorire lo sviluppo dei Centri per l'Assistenza Primaria (CAP), le AAS o ASUI possono utilizzare le strutture private accreditate che si rendono disponibili per allocare al loro interno gli ambulatori dei medici di medicina generale, in modo da poter sfruttare la presenza delle tecnologie e degli specialisti ivi presenti.

È fatta salva la possibilità, da parte delle AAS e su diretta responsabilità delle stesse, di attivare ulteriori progetti extra-budget per necessità specifiche del territorio. Tali progetti non producono storicizzazione del budget.

Art. 11
Fatturazione e pagamenti

Le case di cura private accreditate verranno remunerati dall'AAS o ASUI di riferimento 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.

Udine, **4 GEN. 2017**

Assessore alla salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia

Maria Sandra TELESCA _____

AIOP FVG

Salvatore GUARNERI _____

AssoSalute FVG

Giovanni Battista BELLIS _____

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE