

**ACCORDO FRA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA E CASE DI CURA PRIVATE ACCREDITATE**  
**Periodo 2021-2023**

**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 e decorre dal 01.01.2021 al 31.12.2023, ricomprendendo le prestazioni rese nei confronti delle Aziende sanitarie, dal 01.01.2021 nelle more del perfezionamento del presente atto.

Con il presente accordo vengono regolati e riassorbiti gli effetti economici derivanti dai provvedimenti di cui alla D.G.R. n. 2196/2019 di proroga del precedente accordo, adottato con D.G.R. n. 42/2017, e di cui alla D.G.R. n. 1370/2020 di conferma delle disposizioni del provvedimento di proroga.

**Art. 3**

**Accessibilità, qualità e 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 ai sensi della DGR n°1815/2019.

Le Case di Cura private accreditate di cui al presente accordo assicurano elevati livelli di qualità e sicurezza delle prestazioni, con particolare riferimento all'appropriatezza, alla congruità tecnologica e 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, Politiche Sociali e Disabilità (DCS) e/o dalle singole Aziende Sanitarie (Aziende) di riferimento, o dall'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS). 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 inappropriatazza.

**Art 4**

**Programmazione regionale**

Le Case di Cura private accreditate possono erogare prestazioni di ricovero e ambulatoriali per conto del SSR nelle sole branche per le quali è stato rilasciato l'accreditamento. L'esecuzione di prestazioni di ricovero o ambulatoriali in branche diverse non può dar seguito al riconoscimento economico da parte delle Aziende sanitarie (di seguito Aziende).



Per quanto riguarda il budget utilizzabile ai fini del presente accordo regionale, si richiama la disposizione dell'articolo 45, comma 1 ter, del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124, convertito con modificazioni dalla legge 19.12.2019, che stabilisce che "A decorrere dall'anno 2020, il limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, è rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio Sanitario Regionale."

Si richiama, altresì, la disposizione della seconda parte del comma 14, dell'articolo 15, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, che stabilisce che "A decorrere dall'anno 2016, in considerazione del processo di riorganizzazione del settore ospedaliero privato accreditato in attuazione di quanto previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità (...) a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza ricomprese negli accordi per la compensazione della mobilità interregionale di cui all'articolo 9 del Patto per la salute sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano con intesa del 10 luglio 2014 (atto rep. 82/CSR), e negli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del Patto per la salute sancito con intesa del 3 dicembre 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010, in deroga ai limiti previsti dal primo periodo. Al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga di cui al periodo precedente, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adottare misure alternative, volte, in particolare, a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza, acquistate dagli erogatori privati accreditati, in misura tale da assicurare il rispetto degli obiettivi di riduzione di cui al primo periodo, nonché gli obiettivi previsti dall'articolo 9-quater, comma 7, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125; possono contribuire al raggiungimento del predetto obiettivo finanziario anche misure alternative a valere su altre aree della spesa sanitaria. Le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità e i relativi criteri di appropriatezza sono definiti con successivo accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano".

Ne deriva che, nelle more della definizione degli accordi fra le Regioni e delle misure alternative individuate nelle disposizioni sopra riportate, l'attività di ricovero e l'attività ambulatoriale erogata per i cittadini residenti presso le altre regioni è svolta nel rispetto del tetto economico storicamente attribuito a ogni erogatore.

A tal fine, le Aziende e l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) effettuano monitoraggi infra-annuali e attivano tavoli di condivisione delle informazioni con le Case di Cura accreditate.

Qualora dovessero intervenire modifiche alle norme sopra riportate, ovvero si dovessero perfezionare accordi bilaterali tra la Regione FVG e altre regioni le parti si impegnano a rivedere l'accordo.

Per le attività di specialistica ambulatoriale erogate dalle Case di Cura 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 previa applicazione dei costi di prenotazione, in analogia al costo sostenuto dagli erogatori pubblici, solo da quando il sistema informatico consentirà alle strutture private la piena operatività nella gestione delle agende e previa valutazione delle attività svolte e di eventuali compensazioni.

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 regionale degli screening.

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.

#### **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, 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-regionale.

L'Azienda di riferimento, stipula annualmente gli specifici accordi contrattuali di cui all'art. 65 della L.R. n. 22/2019, trasformando il valore economico assegnato a ciascun erogatore in volumi di attività (tipologia e quantità di prestazioni delle diverse specialità accreditate). Le Aziende devono inviare l'accordo annuale alla DCS entro il 31 marzo di ogni anno.

L'accordo contrattuale aziendale specifica la quota destinata all'acquisto di prestazioni sulla base del budget storico rivalutato ai sensi dell'articolo 45, comma 1 ter, del decreto legge n. 124/2019 così come specificato nel successivo art.6

Il presente accordo regionale prevede inoltre una specifica progettualità per il recupero della fuga extraregionale e delle liste d'attesa da realizzare durante il triennio di validità dell'accordo, il cui il finanziamento provverrà sia dalla quota individuata nel comma 2 art. 34, L.R. n. 22/2019, sia dal recupero dei flussi finanziari conseguenti alla riduzione della fuga extraregionale.

Le aziende del SSR e gli erogatori privati sono tenuti a dettagliare negli accordi aziendali:

- le prestazioni contrattualizzate sul budget storico
- le prestazioni contrattualizzate connesse alla progettualità definendone volumi, tipologia e rendicontazione.

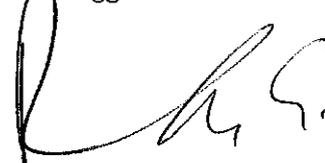
La mancata sottoscrizione degli accordi tra Aziende e soggetti privati accreditati, deve essere segnalata alla DCS, inoltrando alla stessa la relativa documentazione per attuare i successivi provvedimenti. Il mancato rispetto del contratto può costituire causa di risoluzione da parte di uno dei contraenti. Le Case di Cura accreditate si impegnano a erogare le prestazioni secondo i principi generali regolatori della normativa nazionale e regionale.

Le parti si impegnano ad attivare tavoli di confronto in caso di dubbi sull'interpretazione del contenuto del presente accordo, coinvolgendo eventualmente le Aziende e l'ARCS per gli aspetti di competenza.

#### **Art.6** **Risorse economiche**

L'ammontare del finanziamento assegnato alle Case di Cura private accreditate nel presente accordo, viene determinato come di seguito esplicitato.

Il finanziamento storico, derivante dall'accordo di cui alla D.G.R. 42/2017 è rideterminato ai sensi dell'articolo 45, comma 1 ter, del decreto legge n. 124/2019. Conseguentemente, sulla base di tale nuova regola, non trovano più applicazione le riduzioni del 2% sui ricoveri e del 3% sulla specialistica ambulatoriale previste dalle leggi di bilancio



degli anni successivi al 2011. Pertanto, alle Case di Cura private accreditate vengono assegnate le quote derivanti dal recupero della mancata applicazione delle riduzioni precedentemente apportate all'attività di ricovero.

Si dà atto che nel corso del 2019 la società Policlinico Triestino Spa ha acquisito, tramite fusione per incorporazione, la società Pineta del Carso Spa, divenendo così titolare delle sedi operative a questa afferenti (Casa di Cura Pineta del Carso e ambulatorio Pineta City), la società Istituto Radiologico Zennaro Sas e lo Studio Professionale Oculistico dott. Michelone. Pertanto, il budget originariamente assegnato alle strutture incorporate viene assegnato alla società incorporante.

Il budget storico assegnato alle Case di cura, rideterminato con le regole sopra esposte, corrisponde ad € 72.355.649,46. Le quote di competenza di ogni erogatore sono le seguenti:

<b>Struttura</b>	<b>Ricoveri</b>	<b>Specialistica ambulatoriale</b>	<b>TOTALE</b>
Policlinico Triestino S.p.A.	17.011.478,57 €	7.420.754,64 €	24.432.233,21 €
Casa di Cura Sanatorio Triestino S.p.A.	5.408.797,96 €	2.242.329,90 €	7.651.127,86 €
Policlinico Città di Udine S.p.A. – Casa di Cura Privata	13.106.844,90 €	9.312.997,94 €	22.419.842,84 €
Casa di Cura Policlinico San Giorgio S.p.A.	14.134.180,61 €	3.718.264,95 €	17.852.445,56 €
<b>TOTALE</b>	<b>49.661.302,04 €</b>	<b>22.694.347,42 €</b>	<b>72.355.649,46 €</b>

Le Aziende Sanitarie di riferimento, tenendo conto dell'attività storica, concordano con ogni erogatore le attività da svolgere (tipologia e quantità di prestazioni) per un ammontare non superiore al 70% del budget storico ricalcolato totale. Il budget si intende calcolato al netto dei ticket incassati che non concorrono al calcolo dello stesso.

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 Aziende concordano le attività da svolgere per l'annualità in corso.

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

### **Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d'attesa**

Le parti concordano sulla necessità che gli erogatori privati accreditati concorrano 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.

In proposito, si dà atto che la D.G.R. n. 1763/2019 ha rideterminato il fabbisogno ai fini della concessione di nuovi accreditamenti nelle branche specialistiche ambulatoriali e, tenendo conto dei tempi di attesa, della mobilità intraregionale ed extraregionale e del numero di strutture private accreditate presenti sul territorio, ha individuato le branche specialistiche per le quali si è ravvisata la necessità di ampliare l'offerta di prestazioni attraverso un aumento delle strutture e delle tipologie di branche accreditate.



Per quanto riguarda la mobilità extraregionale, le branche specialistiche di ricovero e ambulatoriali attualmente caratterizzate maggiormente da tale fenomeno, sono:

- diagnostica per immagini, con particolare riferimento a RMN e TC,
- chirurgia oculistica, con particolare riferimento agli interventi di cataratta,
- chirurgia ortopedica con particolare riferimento agli interventi di protesica.

Si rileva che tali prestazioni sono anche quelle che dallo specifico monitoraggio registrano tempi di attesa non in linea con gli standard nazionali: si ritiene, pertanto, che un corretto approccio alla riduzione delle liste d'attesa possa contribuire a ridurre il fenomeno della mobilità extraregionale.

Le parti concordano che l'attività delle strutture private accreditate deve contribuire alla progressiva riduzione delle liste di attesa e della connessa mobilità extraregionale e, pertanto, si stabilisce che per il finanziamento della progettualità le risorse necessarie proverranno sia da una quota del finanziamento di competenza delle aziende sanitarie ai sensi dell'articolo 34, comma 3, della legge regionale n. 22/2019, sia dal recupero dei flussi finanziari di compensazione della fuga extraregionale.

Si precisa che le branche specialistiche alle quali tale finanziamento deve essere destinato sono quelle di specialistica ambulatoriale individuate nella D.G.R. n. 1763/2019 e quelle di ricovero le cui criticità emergono dalle rilevazioni regionali.

Pertanto, coerentemente con i fabbisogni descritti nella D.G.R. n. 1763/2019 e con i dati attualmente in possesso sulla consistenza della lista d'attesa e sul fenomeno della fuga extraregionale, viene stabilita una destinazione finalizzata di € 14.471.129,89, con l'obiettivo di una progressiva riduzione dei tempi di attesa e conseguentemente della mobilità extraregionale.

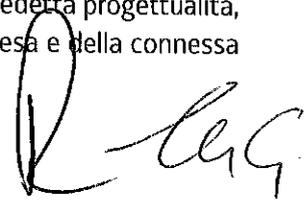
Le quote assegnate a ogni erogatore, destinate alla riduzione delle liste di attesa e al recupero della mobilità extraregionale prevista dalla progettualità, sono le seguenti:

<b>Struttura</b>	<b>Ricoveri</b>	<b>Specialistica ambulatoriale</b>	<b>Totale</b>
Policlinico Triestino S.p.A.	3.402.295,71 €	1.484.150,93 €	4.886.446,64 €
Casa di Cura Sanatorio Triestino S.p.A.	1.081.759,59 €	448.465,98 €	1.530.225,57 €
Policlinico Città di Udine S.p.A. – Casa di Cura Privata	2.621.368,98 €	1.862.599,59 €	4.483.968,57 €
Casa di Cura Policlinico San Giorgio S.p.A.	2.826.836,12 €	743.652,99 €	3.570.489,11 €
<b>TOTALE</b>	<b>9.932.260,41 €</b>	<b>4.538.869,49 €</b>	<b>14.471.129,89 €</b>

Stante la natura della progettualità e la necessità di valutare le ricadute del presente accordo sui dati relativi al fenomeno delle liste d'attesa e della fuga extraregionale, le Aziende del SSR e le Case di cura accreditate sono tenute a definire negli accordi aziendali le prestazioni connesse alla presente progettualità e al loro rendiconto al fine di avere gli elementi conoscitivi per la relativa valutazione d'impatto.

Le parti si impegnano, inoltre, ad attivare tavoli di confronto almeno una volta all'anno, anche con le Aziende sanitarie e ARCS per gli aspetti di competenza, per un'analisi congiunta della reportistica prodotta da queste ultime, ai fini della valutazione dell'efficacia della presente progettualità e del permanere delle condizioni necessarie alla sua prosecuzione e al suo finanziamento.

Qualora, sulla base dei dati oggettivi rilevati, emerga una parziale o totale inefficacia della predetta progettualità, avendo particolare riguardo agli obiettivi prefissati di riduzione progressiva delle liste di attesa e della connessa



mobilità extraregionale, la Regione, previo confronto con gli erogatori privati accreditati, può adottare le azioni necessarie a rimodulare, limitare o sospendere tale progettualità e il relativo finanziamento.

### **Risorse totali impegnate**

Le risorse totali, comprensive di quelle storiche assegnate alle Case di cura rideterminate ai sensi dell'articolo 45, comma 1 ter, del decreto legge n. 124/2019 e del finanziamento della progettualità sul recupero della fuga extraregionale e delle liste d'attesa, vengono pertanto determinate in € 86.826.779,36.

Le parti concordano altresì che l'incremento di prestazioni, derivante dall'adeguamento del budget storico e dalla quota di finanziamento finalizzata al contrasto della fuga extraregionale e al contenimento dei tempi di attesa ricomprende e compensa i maggiori oneri sostenuti per la copertura del costo del rinnovo del CCNL del personale non medico della componente di diritto privato del SSN ed è coerente con gli impegni assunti in sede di Conferenza della Regioni e con le indicazioni del Ministero della salute.

Il presente accordo sarà soggetto a verifica qualora intervenissero future disposizioni nazionali in tema di adeguamento del tariffario nazionale o riguardanti il meccanismo di finanziamento del costo del CCNL citato.

Nell'ambito del 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, considerate le operazioni societarie sopra menzionate, sono le seguenti:

<b>Struttura</b>	<b>Ricoveri</b>	<b>Specialistica ambulatoriale</b>	<b>Totale</b>
Policlinico Triestino S.p.A.	20.413.774,28 €	8.904.905,57 €	29.318.679,85 €
Casa di Cura Sanatorio Triestino S.p.A.	6.490.557,55 €	2.690.795,88 €	9.181.353,43 €
Policlinico Città di Udine S.p.A. – Casa di Cura Privata	15.728.213,88 €	11.175.597,53 €	26.903.811,41 €
Casa di Cura Policlinico San Giorgio S.p.A.	16.961.016,73 €	4.461.917,94 €	21.422.934,67 €
<b>TOTALE</b>	<b>59.593.562,44 €</b>	<b>27.233.216,91 €</b>	<b>86.826.779,35 €</b>

### **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 dell'attivazione dei procedimenti di integrazione dell'autorizzazione e dell'accredimento. Il nuovo soggetto titolare subentra nella titolarità dell'accordo contrattuale a conclusione del procedimento di integrazione dell'accredimento.

Nelle fattispecie di cui sopra, i budget afferenti alle strutture originarie sono sommati e costituiscono un nuovo unico budget assegnato al nuovo titolare, previo accordo con l'Azienda di riferimento in merito alla suddivisione delle quote di tale budget tra le diverse sedi operative.

In caso di chiusura di una delle sedi operative, il relativo budget viene unificato o viene assegnato alle altre sedi operative, in quest'ultimo caso previo accordo con l'Azienda di riferimento.

Nel caso in cui una Casa di Cura privata accreditata fosse oggetto di revoca dell'accredimento o rinunciasse allo stesso oppure rinunciasse definitivamente a tutto o parte del budget assegnato, l'importo relativo al suo budget può essere riassegnato dalla Regione tramite accordo con le associazioni rappresentative delle strutture private accreditate.



**Art. 8**  
**Tariffe e meccanismo di flessibilità**

Le Case di Cura private accreditate applicano le tariffe del tariffario regionale ricoveri e del nomenclatore tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale in vigore.

L'adozione del nuovo tariffario è oggetto di preventiva informazione alle associazioni degli erogatori privati.

Essendo gli erogatori privati accreditati 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.

Crediti o debiti sugli acconti riconosciuti dalle Aziende all'erogatore privato modificheranno il budget dell'anno successivo.

È responsabilità di ogni singola Azienda effettuare i controlli di cui alla legge n. 133/2008 e al decreto ministeriale 10 dicembre 2009, relativi all'attività erogata. Tali controlli sono effettuati nel rispetto dell'art. 66 della LR 22/2019, della DGR n. 1321/2014 e della DGR 182/2018.

Essendo l'accordo economico triennale, tenuto conto delle DGR di proroga di validità e conferma del precedente accordo, per gli anni 2020, 2021 e 2022, le prestazioni eccedenti il budget storico ricalcolato assegnato sono riconosciute fino a un massimo del 5% da detrarsi dal budget dell'anno successivo; ulteriori prestazioni non vengono riconosciute. Parimenti, sottoutilizzi del budget inferiori al 5% vengono riassegnati per l'anno successivo, sottoutilizzi superiori vengono incamerati nel bilancio delle aziende.

**Art. 9**  
**Informatizzazione**

La Regione si impegna a favorire l'integrazione tra i software acquisiti presso INSIEL Spa 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:

- mantenere 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 alle Aziende per la parte analitica; ugualmente, automatizzare la restituzione del referto al sistema gestionale inviante al completamento della parte analitica;
- 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 SISR);
- 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 Aziende con possibilità di accesso, tramite i propri 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

#### Fatturazione e pagamenti

Le Case di Cura private accreditate verranno remunerate dall'Azienda 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.

#### Art 11

#### Attività erogata dalle Case di Cura durante l'emergenza sanitaria

Le parti danno atto che nel corso dell'anno 2020 sono stati adottati i seguenti atti in ragione della risposta alla pandemia COVID:

Delibera n° 776/2020 dd. 29 maggio 2020

Oggetto:

Implementazione e rafforzamento del sistema regionale di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di Sars-Cov-2.

Delibera n° 1074/2020 dd.17 luglio 2020

Oggetto:

Accordo tra la Regione autonoma 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 nell'emergenza covid-19.

Delibera n° 1773/2020 dd. 20 novembre 2020

Oggetto:

Aggiornamento delle metodiche di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di Sars Cov-2.

TRIESTE

29/06/2021

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
(Luogo) (Data)

Il Vicepresidente, Assessore alla salute, politiche sociali e disabilità, Delegato alla protezione civile

Riccardo RICCARDI

AIOP FVG

Salvatore GUARNERI

ASSOSALUTE FVG

Claudio RICCOBON

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE