

Delibera n° 1037

Estratto del processo verbale della seduta del
2 luglio 2021

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.

Massimiliano FEDRIGA	Presidente	presente
Riccardo RICCARDI	Vice Presidente	presente
Sergio Emidio BINI	Assessore	assente
Sebastiano CALLARI	Assessore	presente
Tiziana GIBELLI	Assessore	presente
Graziano PIZZIMENTI	Assessore	presente
Pierpaolo ROBERTI	Assessore	assente
Alessia ROSOLEN	Assessore	presente
Fabio SCOCCIMARRO	Assessore	presente
Stefano ZANNIER	Assessore	presente
Barbara ZILLI	Assessore	assente

Gianni CORTIULA Segretario generale

In riferimento all'oggetto, la Giunta Regionale ha discusso e deliberato quanto segue:

Visto il decreto legislativo 30.12.1992, 502 e, in particolare, l'art. 8 quinquies, che prevede la stipula di accordi contrattuali tra la Regione e le strutture private accreditate, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, aventi ad oggetto l'erogazione delle prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.);

Visto il D.P.C.M. 12.1.2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, che individua le prestazioni a carico del S.S.N.;

Visto il D.L. 17.03.2020, 18, convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27, recante *"Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19"*;

Visto, in particolare, l'art. 3, comma 1, del citato D.L. n. 18/2020, rubricato *"Potenziamento delle reti di assistenza territoriale"* che stabilisce la possibilità di stipulare contratti ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di ulteriori prestazioni sanitarie, in deroga al limite di spesa di cui all'articolo 45, comma 1-ter, del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157, in presenza delle condizioni indicate nel medesimo articolo;

Vista la legge regionale 12 dicembre 2019 n. 22, recante *"Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006"* e, in particolare, l'articolo 65 che prevede la stipula di accordi contrattuali regionali con le organizzazioni rappresentative delle strutture private e di accordi aziendali con le strutture accreditate;

Visti gli Accordi triennali per il periodo 2017-2019, approvati con D.G.R. 13.01.2017, n. 42, riguardanti le attività erogabili dalle Case di Cura private accreditate e dalle Strutture ambulatoriali private accreditate, sottoscritti tra la regione Friuli Venezia Giulia e le associazioni AIOP, ANISAP, AssosaluteFVG e ARIS Triveneto, rappresentative degli erogatori privati accreditati, aventi ad oggetto l'erogazione di prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale (S.S.R.) da parte delle strutture private accreditate per il triennio 2017-2019 con la specificazione delle risorse destinate ai singoli operatori;

Viste:

- la D.G.R. 20.12.2019 n. 2196/2019, con la quale sono stati approvati gli accordi di proroga degli accordi triennali stipulati con le associazioni rappresentative degli erogatori privati di cui alla DGR n. 42/2017, per il tempo necessario alla stipula dei nuovi accordi triennali e, comunque, fino a un tempo di sei mesi della durata contrattuale dei precedenti Accordi, ovvero fino al 30.6.2020;
- la D.G.R. 11.09.2020, n.1370, con la quale è stata disposta la conferma degli accordi di cui alla citata D.G.R. n. 2196/2019, per il tempo necessario alla stipula dei nuovi accordi triennali e fino a un tempo di sei mesi dalla scadenza della durata contrattuale dei precedenti Accordi, come prorogata dal medesimo provvedimento;

Visti:

- il decreto legge 6.7.2012, n. 95 (c.d. spending review), convertito dalla legge 7.8.2012, n. 135 e, in particolare, l'art. 15, comma 14, come modificato dall'art. 9 quater, comma 7, del decreto legge 19.6.2015, n. 78, convertito dalla legge 6.8.2015, n. 125, che fissa la diversa percentuale di riduzione della spesa complessiva annua da applicare ai contratti e ai singoli accordi vigenti a partire dall'esercizio 2012 per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, le cui disposizioni sono già recepite nei citati accordi 2017-2019 approvati con la DGR n. 42/2017;
- la legge 28.12.2015, n. 208 (legge di stabilità 2016), che all'art. 1, comma 574, ha modificato l'art. 15, comma 14, del citato decreto legge n. 95/2012, prevedendo: a) la sostituzione delle parole "a tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi" con le parole "ai contratti e agli accordi", con la conseguenza che il limite introdotto dalla spending review e dalle modifiche successive si applica non più ai singoli contratti ma all'insieme degli stessi e che la verifica del rispetto di tale limite avviene a livello regionale e non di singola azienda; b) l'introduzione, a partire dal 2016, di una deroga ai limiti citati, per l'eventuale programmazione dell'acquisto di

prestazioni ospedaliere di alta specialità a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza ricomprese negli accordi per la compensazione della mobilità interregionale, a condizione che venga garantita l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga, attraverso l'adozione di misure alternative volte alla riduzione delle prestazioni di bassa complessità potenzialmente inappropriate di tipo ambulatoriale, di pronto soccorso, di ricovero ordinario, di riabilitazione e di lungodegenza, come anche misure alternative a valere su altre aree della spesa sanitaria;

- il decreto legge 26.10.2019 n. 124, convertito con modificazioni dalla legge di conversione 19 dicembre 2019, n. 157 e, in particolare, l'art. 45 comma 1-ter, che prevede 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";

Rilevato che, per effetto del combinato disposto dei decreti legge sopra riportati, a partire dal 2020 le risorse storiche destinate alla remunerazione degli accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati titolari di contratti vigenti nell'esercizio 2012 sono costituite da quelle corrispondenti alla spesa consuntivata nell'anno 2011, ricalcolata senza l'applicazione delle riduzioni introdotte dalle disposizioni successive;

Rilevato, altresì, che la spesa consuntivata nell'anno 2011 ricalcolata costituisce il riferimento anche per la remunerazione delle prestazioni erogate nei confronti dei residenti in altre regioni dagli stessi erogatori privati accreditati e che l'eventuale deroga a tale limite può essere prevista per le prestazioni ospedaliere di alta specialità solo a condizione che venga garantita l'invarianza dell'effetto finanziario e che vengano, quindi, adottate le misure alternative sopra descritte;

Vista la D.G.R. 18.10.2019, n. 1763, con la quale è stato determinato il fabbisogno di assistenza ai fini dell'accreditamento istituzionale, tenendo conto della configurazione dell'offerta rappresentata dagli erogatori privati già accreditati e della loro dislocazione territoriale, dei volumi di attività erogati in ogni singola azienda, dei flussi di mobilità intraregionale e interregionale, dei tempi d'attesa rilevati nelle principali prestazioni, nonché delle esigenze rappresentate dalle singole aziende rispetto al proprio territorio;

Considerato che l'anzidetta D.G.R. n. 1763/2019, sulla base dei criteri sopra descritti, ha individuato le branche specialistiche ambulatoriali caratterizzate da rilevanti criticità, per le quali si è ritenuto opportuno concedere nuovi accreditamenti;

Rilevato che, a seguito della conclusione dei procedimenti attivati in attuazione del medesimo provvedimento, sono stati concessi nuovi accreditamenti sia a strutture già accreditate, sia a strutture non ancora accreditate e, pertanto, l'offerta complessiva di prestazioni erogabili per conto del Servizio sanitario regionale risulta più completa in rapporto ai bisogni della popolazione regionale;

Considerato che l'ampliamento dell'offerta comporta la necessità di individuare specifiche risorse da destinare alle nuove strutture accreditate, al fine di garantire il principio di uguaglianza nell'accesso ai fondi tra vecchi e nuovi accreditati, rispettando comunque il principio dell'equilibrio finanziario e, quindi, prevedendo che l'individuazione di tali risorse non comporti un incremento del finanziamento del Fondo sanitario regionale di parte corrente;

Richiamata la legge regionale 26.3.2009, n. 7, recante "Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario regionale";

Vista la D.G.R. 25.10.2019, n. 1815, recante "Approvazione del piano regionale di governo delle liste di attesa 2019-2021", con la quale è stata recepita "l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 - Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019";

Dato atto che il citato Piano Regionale, in attuazione delle prescrizioni contenute nel Piano nazionale,

- a) prevede:

- il rispetto, da parte delle strutture erogatrici del Servizio Sanitario Regionale dei tempi massimi di attesa, per tutte le prestazioni erogate sul proprio territorio;
 - la possibilità che *la Regione vincoli specifiche destinazioni di finanziamento per incrementare i fondi di produttività e risultato del personale coinvolto nel processo di contenimento dei tempi di attesa, qualora i monitoraggi periodici rivelino particolari situazioni di criticità sui tempi d'attesa a livello regionale;*
 - l'applicazione delle disposizioni ivi contenute a tutte le Aziende del S.S.R. e agli erogatori privati convenzionati;
- b) individua:
- il nuovo elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi;
 - una serie di monitoraggi finalizzati a garantire il rispetto dei tempi di attesa e le modalità di erogazione delle prestazioni a carico di tutte le strutture erogatrici;
 - norme di garanzia e tutela del rispetto dei tempi di attesa, ivi inclusi il ricorso da parte dell'utente all'effettuazione delle prestazioni in libera professione
- c) richiama:
- *"Ai sensi dell'art. 6 della LR 7/2009, nel Patto stipulato annualmente tra la Regione ed i Direttori Generali, il 25% del compenso integrativo al trattamento economico annuo è vincolato al rispetto dei tempi massimi di attesa."*

Considerato che:

- il privato convenzionato deve essere parte integrante dell'offerta complessiva regionale e come tale oggetto di politiche di programmazione sanitaria coerenti con quelle che regolano l'erogazione dei servizi nelle strutture pubbliche a partire da un'analisi dell'offerta complessiva regionale in rapporto ai bisogni della popolazione;
- ai fini di tale analisi risulta necessario valutare i dati di dettaglio sulla produzione ospedaliera e di specialistica ambulatoriale in rapporto anche alla complessità della casistica, alla provenienza dei pazienti, agli indici di fuga e attrazione, al rispetto dei tempi di attesa;
- dai dati contenuti nell'allegato alla citata D.G.R. n. 1763/2019, a cui integralmente si rinvia, emergono alcune criticità, in particolare per alcune branche specialistiche, in ordine alla riduzione dei tempi di attesa e alla connessa mobilità extraregionale;

Considerato che, a seguito dell'evento pandemico che ha caratterizzato il 2020, il S.S.R. del FVG ha dovuto rimodulare o sospendere le attività di ricovero e ambulatoriali differibili e non urgenti, al fine di impiegare il personale sanitario delle strutture pubbliche o private prioritariamente nella gestione dell'emergenza, secondo le indicazioni dell'articolo 5 sexies del decreto legge 17.3.2020, n. 18, introdotto dalla legge di conversione 24.4.2020, n. 27;

Atteso che le strutture private accreditate sono state coinvolte nella gestione dell'emergenza pandemica attraverso "l'Accordo tra Regione autonoma Friuli Venezia Giulia ed erogatori privati accreditati – Integrazione per emergenza Covid – 19", adottato in attuazione dell'articolo 3, del citato decreto legge n. 18/2020 e approvato con D.G.R. n. 1074/2020;

Preso atto delle circolari esplicative del Ministero della salute:

- n. 0007422, del 16.3.2020, "Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile corso di emergenza da COVID – 19", che ha fornito indicazioni generali per la riprogrammazione delle attività da considerare clinicamente differibili in base a valutazione del rapporto rischio-beneficio;
- n. 0011408, dell'1.6.2020, "Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19", sulla base delle quali è stato possibile riprendere gradualmente la programmazione delle attività;

Rilevato che i successivi monitoraggi inerenti al rispetto dei tempi di attesa trasmessi dall'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (A.R.C.S.) hanno evidenziato un sensibile peggioramento rispetto ai dati 2019;

Considerato che il perdurare dell'evento pandemico e la conseguente necessità di riorientare l'erogazione delle prestazioni da parte di tutte le strutture del S.S.R. non consentono l'ordinaria programmazione delle attività e, pertanto, è prevedibile che l'effetto di tale eccezionale configurazione organizzativa, con le risorse attualmente disponibili, possa dispiegarsi in un arco

temporale di medio periodo, con notevole pregiudizio nel godimento del diritto alla salute per numerosi cittadini del FVG;

Valutata la necessità di disporre di strumenti idonei al fine di assicurare l'erogazione delle prestazioni sanitarie nei confronti dei cittadini del FVG e di superare le criticità sopra evidenziate, accentuate dagli effetti dell'emergenza pandemica, anche attraverso il coinvolgimento degli erogatori privati accreditati, che, in quanto soggetti accreditati ai sensi dell'art 8 quinquies D.lgs. n. 502/92, costituiscono parte dell'offerta complessiva di assistenza pubblica;

Richiamato l'art. 34, della legge regionale n. 22/2019, che stabilisce:

"1. I soggetti erogatori privati accreditati concorrono alla definizione della rete di assistenza pubblica assicurando funzioni complementari o integrative per il Servizio sanitario regionale sulla base degli accordi contrattuali di cui all' articolo 8 quinquies del decreto legislativo 502/1992.

2. Gli accordi contrattuali di cui al comma 1 sono finalizzati:

a) al contenimento dei tempi di attesa;

b) all'integrazione dell'attività di ricovero;

c) a supportare il sistema pubblico di assistenza in aree territoriali di difficile sostenibilità.

3. In relazione al sistema di finanziamento autonomo del Servizio sanitario regionale, senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato, gli enti del Servizio sanitario regionale, nel rispetto del pareggio di bilancio e dell'invarianza dell'effetto finanziario, possono destinare all'acquisto di prestazioni dai soggetti erogatori privati accreditati di cui al comma 1, risorse fino al massimo del 6 per cento del finanziamento assegnato quale Fondo sanitario regionale di parte corrente.";

Rilevato 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, nei 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 riduzione di altri costi;

Ritenuto possibile, quindi, ai sensi della disposizione innanzi richiamata, destinare le risorse necessarie a dare attuazione alle previsioni della citata D.G.R. n. 1763/2019 e del Piano regionale di governo delle liste di attesa di cui alla citata D.G.R. n. 1815/2019, nonché a potenziare l'offerta del S.S.R. mediante la finalizzazione della quota del 6% del finanziamento di parte corrente assegnato agli enti del S.S.R., fermi restando comunque i vincoli di spesa su richiamati, quali il rispetto del pareggio di bilancio e dell'invarianza dell'effetto finanziario, anche al fine di limitare le conseguenze dell'emergenza pandemica sulla programmazione delle attività, le quali hanno ulteriormente rallentato la capacità di risposta del SSR alle esigenze della popolazione regionale, rilevabile anche dal peggioramento delle liste d'attesa regionali;

Considerato che 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 (anno 2019 – prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale) e, pertanto, tale manovra è coerente con il principio dell'invarianza dell'effetto finanziario;

Preso atto che la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (di seguito Direzione centrale) ha proposto, per il periodo 2021 - 2023, alle Associazioni rappresentative delle strutture private – AIOP, ANISAP, ARIS Triveneto e AssoSalute FVG – la stipula di due distinti Accordi regionali, seppur frutto di un unico tavolo contrattuale che esaminasse complessivamente la materia, 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;

Preso atto che il contenuto dei due Accordi citati è stato definito nel corso degli incontri tra le parti – Direzione centrale e le citate Associazioni rappresentative delle strutture private accreditate – che si sono tenuti in un unico tavolo contrattuale, articolato nelle date del 2.7.2020, 1.10.2020, 14.12.2020, 21.12.2020, 22.12.2020, 16.2.2021 e 23.6.2021;

Considerato che la Direzione centrale ha individuato 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 SSR da realizzare durante il triennio di vigenza di tali Accordi, a fronte dei quali sono state identificate e finalizzate le relative risorse economiche;

Considerato che tali Accordi 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, distinguendo:

- il budget storico ordinario, determinato ai sensi del combinato disposto del decreto legge n. 95/2012 e della legge n. 208/2015 sopra citati nei confronti delle strutture private accreditate titolari di contratti vigenti nell'anno 2012, rinnovati per effetto degli accordi regionali successivamente intervenuti, da ultimo quelli di cui alla citata D.G.R. n. 42/2017, rivalutata ai sensi del citato decreto legge n. 124/2019 e, precisamente, € 72.335.649,46 destinato alle Case di cura per la remunerazione delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale ed € 15.257.918,56 destinato alle strutture solo ambulatoriali;
- il budget ordinario destinato ai nuovi erogatori privati accreditati per la specialistica ambulatoriale, coerente con la programmazione sanitaria regionale e, in particolare, con la citata D.G.R. n. 1763/2019 con la quale, in attuazione della normativa statale e regionale di riferimento, è stato determinato il fabbisogno di assistenza ai fini dell'accreditamento istituzionale e, precisamente, € 1.395.000,00;
- la quota finalizzata alla realizzazione di quanto indicato nel capo rubricato "*Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d'attesa*" previsto nei due Accordi, pari a € 14.471.129,89 per le Case di cura e a € 5.792.000,00 per le strutture solo ambulatoriali, compatibile con il finanziamento assegnato quale Fondo sanitario regionale di parte corrente;

Preso atto che i due Accordi stabiliscono che, nelle more della definizione degli accordi fra le Regioni e delle misure alternative individuate nel medesimo decreto legge n. 95/2012, l'attività di ricovero e l'attività ambulatoriale erogata per i cittadini residenti presso le altre regioni è svolta nel rispetto del tetto economico 2011 assegnato a ogni erogatore;

Rilevato che i medesimi Accordi prevedono che:

- le Aziende sanitarie di riferimento devono stipulare annualmente con i soggetti privati un accordo contrattuale, trasformando il valore economico assegnato a ciascun erogatore in volumi di attività, specificando tipologia e quantità di prestazioni delle diverse specialità accreditate, sulla base del fac-simile di accordo contrattuale già in utilizzo e valido per tutti gli accordi della Regione;
- l'accordo contrattuale aziendale specifica la quota destinata all'acquisto di prestazioni sulla base del budget storico ordinario e la quota finalizzata, ai sensi dell'articolo 34 della legge regionale n. 22/2019, all'acquisto delle prestazioni destinate alla riduzione delle liste di attesa e al recupero della mobilità extraregionale, dando attuazione alla specifica progettualità da realizzare durante il triennio di vigenza degli Accordi regionali;
- stante la necessità di valutare le ricadute degli Accordi medesimi sui dati relativi al fenomeno delle liste d'attesa e della fuga extraregionale, 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 progettualità e del permanere delle condizioni necessarie alla sua prosecuzione e al suo finanziamento;
- sulla base dei dati oggettivi rilevati, qualora 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;

Dato atto che con gli obiettivi di patto dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie è prevista la finalizzazione dell'incentivo all'abbattimento delle liste d'attesa e che, pertanto, gli stessi sono tenuti alla stipula, a livello aziendale, degli accordi attuativi, in coerenza con i principi e le finalità dei presenti Accordi, anche a seguito di attenta e motivata valutazione dei flussi economici;

Precisato che, a seguito dei monitoraggi periodici, attuati anche tramite i flussi informativi ministeriali e sulla base delle informazioni raccolte da ARCS in tema di liste d'attesa, nonché della conseguente valutazione di efficacia, efficienza, appropriatezza ed economicità, verranno adottate eventuali misure correttive che dovessero essere necessarie;

Evidenziato che dai report regionali emerge, a fronte di tassi di attrazione stabili, un progressivo trend di incremento della fuga extraregionale, principalmente a favore della regione limitrofa;

Considerato che il mancato rispetto dei tempi d'attesa per prestazioni sanitarie sia di natura ambulatoriale sia di ricovero determina un peggioramento della salute della popolazione regionale, con conseguente morbidità aggiuntiva a carico del SSR ed incremento di costi evitabili;

Precisato 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 sanitario regionale di parte corrente;

Dato atto che i medesimi Accordi precisano che le situazioni e le modalità in cui è prevista la possibilità di utilizzare il ricettario del S.S.R. da parte dei medici operanti nelle strutture private accreditate sono quelle individuate nella citata D.G.R. n. 1815/2019;

Preso atto dell'ipotesi di accordo sul testo finale del nuovo CCNL del personale non medico dipendente delle strutture sanitarie private ospedaliere, per acuti, per riabilitazione ospedaliera e lungodegenza raggiunta il giorno 10 giugno 2020 l'Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP) e l'Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari (ARIS), di concerto con le organizzazioni sindacali FP CGIL, CISL FP E UIL FPL;

Richiamate le seguenti note del Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome:

- nota prot. n. 5974/C1PERS/C7SAN del 17.10. 2019, indirizzata al Ministro della Salute e ai Presidenti Nazionali di ARIS e AIOP con la quale, facendo seguito agli approfondimenti richiesti sul rinnovo contrattuale del CCNL della Sanità privata, si è manifestata la disponibilità della Conferenza "ad intervenire a partire dal 2020 per una positiva conclusione della vertenza per il rinnovo del CCNL della Sanità privata attraverso un aumento del budget delle prestazioni fino al 50% dei costi del rinnovo contrattuale che ciascuna Regione avrà cura di verificare a livello territoriale";
- la tabella elaborata in occasione dell'intesa del 12.11.2019 presso il Ministero della Salute tra le parti contraenti e le Regioni nella quale è riportata la stima dell'impatto economico annuo per ciascuna Regione;
- nota prot. n. 5858/C1PERS/C7SAN del 28.7.2020, indirizzata al Ministro della Salute e ai Presidenti Nazionali di ARIS e AIOP, con la quale si rappresenta che la Conferenza, nella seduta del 27.7.2020 a seguito anche dell'incontro svoltosi con la Commissione Salute il 22.7.2020, ha affrontato nuovamente il tema del rinnovo del CCNL della Sanità privata ribadendo "*l'impegno delle Regioni e delle province Autonome a farsi carico del 50% dei costi del rinnovo contrattuale con un mix di interventi individuati a livello territoriale relativi ai budget e alle tariffe, affinché non si registrino ulteriori ritardi e si proceda con sollecitudine alla firma del contratto*";
- nota prot. n. 5972/C1PERS/C7SAN del 30.7.2020, con la quale si invitano i Presidenti delle Regioni e Province Autonome "*ad adottare ogni utile iniziativa per tradurre gli impegni assunti dalla Conferenza in atti concreti, concludendo a livello territoriale i necessari confronti con le Associazioni datoriali*";

Richiamata, altresì, la nota del Ministro della salute prot. GAB 0008880 di data 02/07/2020 con oggetto "CCNL sanità privata - risposta a quesiti" con cui viene chiarito l'intervento normativo di cui al DL 124/2019 che consente alle regioni di acquistare più prestazioni da privato rispetto al passato e contemporaneamente richiama l'impegno assunto dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome con la richiamata deliberazione del 17 ottobre 2019;

Dato atto 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;

Preso atto che gli Accordi sono stati sottoscritti, per quanto di competenza, in data 29/06/2021, da tutte le associazioni rappresentative degli erogatori privati accreditati;

Dato atto i predetti Accordi hanno durata triennale, 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 dei citati Accordi;

Precisato che gli Accordi in parola consentono di regolare e riassorbire 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;

Ritenuto, pertanto, di approvare gli Accordi contrattuali sopra citati, allegati al presente provvedimento di cui costituiscono parte integrante, aventi ad oggetto l'erogazione di prestazioni per conto del S.S.R. da parte delle strutture private accreditate per il triennio 2021– 2023, con la specificazione delle risorse destinate ai singoli operatori;

Dato atto che gli oneri derivanti dalla presente deliberazione, fanno carico ai bilanci delle Aziende Sanitarie a valere sulle risorse assegnate per lo svolgimento delle funzioni del Servizio Sanitario Regionale, in conformità agli atti di programmazione di cui alla DGR 12 febbraio 2021, n. 189 avente ad oggetto "LR 22/2019 - Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale - anno 2021. Approvazione definitiva.", nell'ambito del finanziamento di parte corrente facente capo alla voce di bilancio regionale "Fondo sanitario regionale" e nei limiti degli stanziamenti annualmente previsti;

Su proposta dell'Assessore alla salute, politiche sociali e disabilità,

La Giunta regionale, all'unanimità,

DELIBERA

- 1 di approvare gli Accordi contrattuali stipulati con le Associazioni rappresentative degli erogatori privati accreditati aventi ad oggetto l'erogazione di prestazioni per conto del S.S.R. da parte delle strutture private accreditate per il triennio 2021-2023 con la specificazione delle risorse destinate ai singoli operatori, allegati al presente provvedimento di cui costituiscono parte integrante.
- 2 Di prendere atto che le risorse ordinarie che, per il tramite delle Aziende sanitarie, sono destinate ai singoli erogatori privati espressamente individuati nelle tabelle contenute negli Accordi medesimi, ammontano a complessivi euro 72.335.649,46 per le Case di Cura private accreditate eroganti prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale e per euro 16.652.918,56 per le strutture private accreditate per la specialistica ambulatoriale, eroganti esclusivamente prestazioni di specialistica ambulatoriale.
- 3 Di confermare che, 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 svolta dagli erogatori privati accreditati del Friuli Venezia Giulia deve rispettare il tetto economico fissato dalla norma nazionale in vigore che stabilisce di fare riferimento all'erogato 2011.
- 4 Di precisare 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 sanitario regionale di parte corrente.

- 5 Di precisare 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.
- 6 Di dare atto che gli Accordi contrattuali di cui al punto 1 precisano che le situazioni e le modalità in cui è prevista la possibilità di utilizzare il ricettario del S.S.R. da parte dei medici operanti nelle strutture private accreditate, sempre nel rispetto dei tetti economici fissati, sono quelle individuate nella citata D.G.R. n. 1815/2019.
- 7 Di dare atto che gli oneri derivanti dalla presente deliberazione, fanno carico ai bilanci delle Aziende Sanitarie a valere sulle risorse assegnate per lo svolgimento delle funzioni del Servizio Sanitario Regionale, in conformità agli atti di programmazione di cui alla DGR 12 febbraio 2021, n. 189 avente ad oggetto "LR 22/2019 - Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale - anno 2021. Approvazione definitiva.", nell'ambito del finanziamento di parte corrente facente capo alla voce di bilancio regionale "Fondo sanitario regionale" e nei limiti degli stanziamenti annualmente previsti.

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE