

**ACCORDO FRA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA E STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE PER
LE PRESTAZIONI DI RICOVERO E DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
Periodo 2026-2028**

Art.1

Oggetto

1. Il presente accordo disciplina i rapporti tra la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e le Strutture private accreditate per l'erogazione, per conto del Servizio Sanitario Regionale (SSR), delle seguenti tipologie di prestazioni sanitarie:
 - prestazioni di ricovero ospedaliero;
 - prestazioni di specialistica ambulatoriale.
2. Ai fini del presente accordo, per Strutture private accreditate si intendono, congiuntamente, le Case di Cura private accreditate e le Strutture Ambulatoriali private accreditate. Le prestazioni erogate dalle Case di Cura sono sia di ricovero che di specialistica ambulatoriale.

Art. 2

Durata

1. Il presente accordo ha durata triennale e decorre dal 01.01.2026 al 31.12.2028.
2. Qualora, prima della scadenza di cui al comma 1, intervengano disposizioni statali che modificano le disposizioni attualmente vigenti in materia di accreditamento e di accordi contrattuali, prevedendo espressamente i relativi termini di adeguamento, il presente accordo viene modificato al fine di adeguare il suo contenuto alle nuove disposizioni.

Art. 3

Accessibilità, qualità, appropriatezza e tutela della rete pubblica

1. Le Strutture private accreditate operanti sul territorio regionale integrano l'offerta del Servizio Sanitario Regionale (SSR), contribuendo a potenziarne la capacità di risposta e a garantirne maggiore flessibilità nell'erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 1. Tale integrazione persegue, tra gli altri, gli obiettivi di ridurre i tempi di attesa e contenere il ricorso a strutture extraregionali, nel rispetto del principio di libertà di scelta dell'assistito.
2. Le prestazioni sanitarie affidate alle strutture private accreditate assumono carattere integrativo e non sostitutivo rispetto a quelle erogate dalla rete pubblica, che mantiene un ruolo centrale e prioritario nella pianificazione e nella garanzia dei livelli essenziali di assistenza. La programmazione dell'attività convenzionata deve essere coerente con le esigenze del territorio, senza compromettere la sostenibilità, la continuità e l'accessibilità delle prestazioni erogate direttamente dalle strutture del SSR.
3. L'accesso da parte degli assistiti alle strutture private accreditate è libero, nei limiti dei volumi di attività assegnati a ciascun erogatore e subordinatamente alla presentazione di un'impegnativa su ricetta elettronica ovvero, nei casi espressamente previsti, su ricettario del Servizio Sanitario Regionale (SSR), redatta da:
 - medico di medicina generale (MMG);
 - pediatra di libera scelta (PLS);
 - medico del SSR, dipendente o convenzionato;
 - medico specialista operante presso la stessa struttura accreditata, esclusivamente nei casi previsti dalla normativa vigente nazionale e regionale, in particolare dalla DGR n. 1815/2019 e sue successive modifiche o integrazioni
4. L'utilizzo della facoltà di prescrizione da parte degli specialisti interni alle strutture accreditate, ai sensi del comma 3, deve avvenire in modo circoscritto, trasparente e coerente con i fabbisogni assistenziali. L'impiego improprio di tale possibilità può comportare su segnalazione dell'Azienda sanitaria, la sospensione o la revoca dell'accREDITAMENTO.
5. Le strutture private accreditate sono tenute ad assicurare elevati livelli di qualità, appropriatezza e sicurezza nell'erogazione delle prestazioni, con particolare attenzione alla congruità delle tecnologie impiegate e alla correttezza della refertazione. Le prestazioni che, a causa di carenze qualitative, risultino inadeguate o necessitino di ripetizione non sono riconosciute a fini economici.
6. Le strutture accreditate partecipano alle attività di monitoraggio, valutazione e miglioramento promosse dalla Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità (DCS), dalle Aziende Sanitarie di riferimento e/o dall'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS), contribuendo al perseguimento degli obiettivi di

sistema.

7. In particolare, le Case di Cura accreditate adempiono a quanto previsto dalla DGR n. 1970/2016 – attuativa dell'articolo 1, comma 566, della legge n. 208/2015 – concernente l'organizzazione della Rete Cure Sicure FVG, partecipando attivamente ai programmi per la sicurezza del paziente e agli obiettivi annualmente definiti nelle Linee di gestione del SSR, con specifico riferimento ai ricoveri potenzialmente inappropriati (DRG sentinella).
8. La programmazione delle attività delle strutture private accreditate deve essere preventivamente valutata dall'Azienda sanitaria anche in relazione all'impatto sull'equilibrio della rete pubblica, con particolare riferimento al rischio di duplicazione dell'offerta, di attrazione selettiva della domanda o di interferenze con la continuità assistenziale garantita dai presidi del SSR

Art. 4

Ambiti di attività e determinazione del budget regionale

1. Le Strutture private accreditate sono autorizzate a erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale (SSR) esclusivamente nell'ambito delle branche specialistiche per le quali sia stato rilasciato apposito accreditamento istituzionale, secondo le modalità e i limiti stabiliti dalla normativa vigente e dal presente accordo.
2. L'erogazione di prestazioni afferenti a branche non accreditate non dà luogo ad alcun riconoscimento economico da parte delle Aziende sanitarie territoriali e costituisce attività non conforme alle disposizioni del presente accordo.
3. L'attività svolta dalle Strutture private accreditate è inserita nell'ambito della programmazione sanitaria regionale ed è soggetta ai vincoli finanziari stabiliti dall'articolo 34, comma 3, della legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22. Ai sensi della suddetta norma, la spesa complessiva destinata all'acquisto di prestazioni da parte delle strutture private accreditate è determinata, nell'ambito del presente accordo, in misura non superiore al 5,12% (cinque virgola dodici per cento) del Fondo sanitario regionale di parte corrente assegnato annualmente alle Aziende sanitarie, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario complessivo del SSR.
4. Il budget complessivamente destinato all'acquisto di prestazioni da parte delle strutture private accreditate è articolato nelle seguenti componenti:
 - a) quota base, pari a euro 123.667.190,90;
 - b) nelle more della definizione degli accordi tra la Regione FVG e le altre regioni sulla mobilità, la quota per mobilità sanitaria attiva, riferita alle prestazioni erogate a favore di cittadini residenti in altre regioni, determinata per ciascuna struttura in misura pari al valore della spesa riferita all'anno 2011, storicamente attribuito a ogni erogatore. Tale importo costituisce tetto massimo di spesa riconoscibile: le prestazioni eventualmente erogate in eccedenza rispetto a tale limite non sono oggetto di remunerazione da parte delle Aziende;
 - c) quota annuale integrativa, determinata in misura tale che la somma complessiva delle quote di cui alle lettere a), b) e c) stessa sia pari al 5,12% del Fondo sanitario regionale di parte corrente, da determinarsi annualmente in coerenza con la programmazione finanziaria regionale.
5. Oltre alle quote previste al comma 4, la Regione può riconoscere ogni anno una quota aggiuntiva di budget alle strutture private accreditate, destinata esclusivamente a sostenere attività sanitarie programmate a livello regionale. Questa quota integrativa può essere attivata solo se il totale complessivo, sommando tutte le quote previste, non supera il limite massimo del 6% del Fondo sanitario regionale di parte corrente.

Il riconoscimento di tale quota è possibile solo se:

 - è approvato con una specifica deliberazione della Giunta regionale;
 - rispetta i vincoli e le condizioni previste dall'articolo 34, comma 3, della legge regionale 22/2019;
 - rientra nella programmazione sanitaria regionale ed è compatibile con le risorse finanziarie disponibili.
6. L'assegnazione, l'utilizzo e l'eventuale rimodulazione delle risorse di cui al presente articolo sono subordinate:
 - al rispetto delle condizioni e dei vincoli previsti dal presente accordo;
 - alla coerenza con gli indirizzi della programmazione regionale e aziendale dell'offerta sanitaria;
 - alla verifica da parte della Regione e delle Aziende dell'adeguatezza dei volumi, della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni effettivamente erogate.
7. Per le attività di specialistica ambulatoriale erogate dalle Case di Cura e dalle Strutture Ambulatoriali private accreditate è obbligatoria l'adesione alle agende CUP regionali, le quali devono restare costantemente aperte, salvo il caso di cessazione dell'attività relativa alla specifica branca.
8. L'attività contrattualizzata annualmente con l'Azienda di riferimento deve essere distribuita in modo armonico nell'arco dei dodici mesi, fatta salva la possibilità di prevedere sospensioni temporanee nei periodi feriali che in ogni caso devono essere preventivamente comunicate e autorizzate dall'Azienda.

9. L'utilizzo del servizio di prenotazione fornito dal Call Center/CUP regionale per le prestazioni erogate per conto del SSR da parte delle strutture private accreditate sarà riconosciuto previa applicazione dei costi di prenotazione, secondo modalità analoghe a quelle previste per gli erogatori pubblici. Tale riconoscimento sarà attivato solo a decorrere dal momento in cui il sistema informatico regionale garantirà alle strutture private la piena operatività nella gestione delle agende, e previa valutazione delle attività svolte e di eventuali compensazioni.
10. Al fine di contribuire al conseguimento dei target previsti dai Piani nazionale e regionale della prevenzione, le Case di Cura e le Strutture Ambulatoriali private accreditate sono autorizzate, per le branche in cui risultano accreditate e nel rispetto dei requisiti organizzativi, professionali e tecnologici previsti dalla normativa vigente, a erogare pap-test (per lo screening del carcinoma della cervice uterina) e mammografie (per lo screening del carcinoma mammario), integrandosi operativamente con il sistema regionale degli screening. La Regione si impegna a dare indicazioni attuative rispetto a tale percorso alternativo.
11. Salvo diverse disposizioni stabilite a livello nazionale, l'eventuale aggiornamento delle tariffe relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale o di ricovero non comporta modifica automatica dei tetti economici assegnati alle Strutture private accreditate nell'ambito del presente accordo, ma solo sui volumi prestazionali.

Art. 5

Livelli di contrattazione

1. A livello regionale, il presente accordo individua le risorse economiche complessive da destinare ai singoli erogatori privati accreditati per l'erogazione delle prestazioni sanitarie di cui all'articolo 1 come stabilito all'art. 4.
2. A livello aziendale, sulla base del budget assegnato dalla Regione, ciascuna Azienda sanitaria definisce, per le Strutture private accreditate, la programmazione quali-quantitativa dell'offerta di attività specialistica, articolata per disciplina e tipologia di prestazione, nell'ambito delle specialità per cui la struttura risulta accreditata.
3. La programmazione aziendale è definita su base annuale e deve garantire la coerenza con:
 - la programmazione regionale;
 - l'assetto e la capacità produttiva dell'offerta pubblica territoriale;
 - lo stato delle liste di attesa per ciascuna branca specialistica;
 - i livelli di mobilità sanitaria passiva;
 - i livelli essenziali di assistenza (LEA) di competenza regionale e aziendale;
 - gli indirizzi regionali di priorità e sostenibilità del sistema sanitario pubblico.
4. La contrattualizzazione delle attività da parte delle Aziende sanitarie deve avvenire nel rispetto del principio di prevalenza del sistema pubblico, inteso come riferimento prioritario per l'erogazione dei LEA, e nel rispetto del carattere sussidiario e integrativo delle prestazioni affidate alle strutture private accreditate.
5. Non è ammessa la sostituzione sistematica dell'offerta pubblica con l'offerta privata qualora non prevista dalla programmazione regionale.
6. L'Azienda sanitaria stipula annualmente con ciascun erogatore privato accreditato lo specifico accordo contrattuale aziendale, ai sensi dell'articolo 65 della legge regionale 22/2019, trasformando il valore economico assegnato in volumi di attività per ciascuna disciplina (tipologia e quantità di prestazioni).
7. Tale accordo deve essere trasmesso alla Direzione Centrale Salute (DCS) entro il 28 febbraio di ciascun anno.
8. L'accordo contrattuale aziendale specifica, tra l'altro:
 - la quota di budget destinata all'acquisto di prestazioni, calcolata sulla base del budget storico rivalutato ai sensi dell'articolo 45, comma 1-ter, del decreto-legge n. 124/2019 e come previsto all'articolo 6 del presente accordo;
 - l'elenco delle prestazioni contrattualizzate, con riferimento a quelle coperte dal budget storico e/o da progettualità specifiche.
9. L'attività delle strutture private accreditate deve essere programmata in modo da:
 - evitare sovrapposizioni, duplicazioni o competizione non giustificata con l'offerta pubblica;
 - non compromettere la sostenibilità organizzativa ed economica del SSR;
 - garantire la continuità e l'equità dell'accesso alle cure per la popolazione residente.
10. La mancata sottoscrizione dell'accordo aziendale tra l'Azienda sanitaria e il soggetto privato accreditato deve essere formalmente segnalata alla Direzione Centrale Salute, allegando la documentazione utile alla valutazione dei successivi provvedimenti. Il mancato rispetto delle clausole contrattuali può costituire causa di risoluzione da parte di una delle parti.
11. Le Strutture private accreditate si impegnano a erogare le prestazioni sanitarie nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente, nonché dei principi generali di appropriatezza, qualità, continuità assistenziale, equità, trasparenza e rispetto della pianificazione pubblica.

12. In caso di dubbi interpretativi sul contenuto del presente accordo o degli accordi aziendali attuativi, le Parti si impegnano ad attivare tempestivamente tavoli di confronto, con il coinvolgimento, ove necessario, delle Aziende sanitarie e dell'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS), per gli aspetti di rispettiva competenza.

Art. 6

Riparto delle risorse economiche

1. L'ammontare complessivo del finanziamento destinato alle Strutture private accreditate, nell'ambito del presente accordo, è determinato secondo le modalità stabilite nei commi seguenti, in attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 4.
2. La quota di cui all'articolo 4, comma 4, lettera a), è ripartita tra le Aziende sanitarie e le Strutture private accreditate per le attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale, secondo la medesima proporzione prevista dagli Accordi regionali vigenti per il triennio 2021–2023, approvati con deliberazione della Giunta regionale 2 luglio 2021, n. 1037 e quote aggiuntive per l'erogazione di specifiche attività oggetto di fuga o di tempi di attesa, carenze territoriali nelle aree montane, radiologia, RM ad alto campo, TC multislice >64 e interventi di oculistica ambulatoriale e attività di riabilitazione ospedaliera. Con riferimento alle quote relative all'attività di riabilitazione ospedaliera si precisa che le stesse saranno nelle disponibilità delle strutture solo successivamente alla conclusione dell'iter di accreditamento di 20 posti letto per il Policlinico San Giorgio e di 20 posti letto per il Policlinico Triestino.
3. La suddetta ripartizione è riportata nella Tabella A, parte integrante e sostanziale del presente accordo;
4. La quota di cui all'articolo 4, comma 4, lettera c) è annualmente stabilita e ripartita tra le Aziende sanitarie con atto regionale, in proporzione al valore aggiornato del Fondo sanitario regionale per l'anno di riferimento (voce di bilancio A0030);
5. Gli importi di cui al comma 4 sono ripartiti dalle Aziende sanitarie tra le Strutture private accreditate presenti nei rispettivi ambiti territoriali e costituiscono oggetto di definizione nell'ambito dell'accordo contrattuale aziendale.
6. Le Aziende sanitarie, tenendo conto dei fabbisogni assistenziali, dell'attività storica e della programmazione aziendale, concordano con ciascun soggetto erogatore le attività da svolgere per l'annualità in corso, specificando tipologie e quantità di prestazioni, per un ammontare pari all'80% del budget complessivamente assegnato alla struttura. Di questo 80% viene definita una percentuale minima vincolata all'erogazione delle prestazioni "critiche" oggetto di fuga o di tempi di attesa (RM, TC, interventi sul cristallino, interventi di chirurgia ortopedica e ricoveri riabilitativi, o altre prestazioni stabilite dalla Regione) che si identifica come segue: per le prestazioni ambulatoriali la percentuale vincolata è pari almeno al 50% del budget; per le prestazioni di ricovero la percentuale vincolata è pari almeno al 30% del budget. La Regione stabilisce annualmente la quota da destinarsi al recupero della fuga o di tempi di attesa.
7. Il budget è determinato al netto dei ticket riscossi, i quali non concorrono alla sua quantificazione.
8. In nessun caso il soggetto erogatore può unilateralmente convertire o reimpiegare la quota di budget non utilizzata per prestazioni diverse da quelle originariamente contrattualizzate, fatta salva la possibilità di rimodulazione prevista dal comma 10.
9. Al fine di garantire flessibilità operativa e adeguamento ai bisogni emergenti del territorio, le Aziende sanitarie e i soggetti erogatori possono concordare e formalizzare, nel corso dell'esercizio annuale, una rimodulazione dei volumi e dei budget assegnati, nel rispetto dei principi di efficacia, trasparenza, appropriatezza e salvaguardia dei livelli essenziali di assistenza (LEA).
10. In assenza di tale accordo, restano pienamente applicabili le disposizioni dei commi precedenti e il pagamento delle prestazioni eventualmente erogate in difformità a tali disposizioni non è riconosciuto.
11. In considerazione della progressiva estensione dell'ambito delle prestazioni trattabili in regime ambulatoriale, anche in sostituzione di prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario o diurno, le due componenti del budget assegnato alle Case di Cura private accreditate possono essere modificate, previo accordo tra l'Azienda sanitaria e la struttura interessata, nell'ambito della contrattazione annuale.
12. Le contestazioni in materia di appropriatezza clinica delle prestazioni, anche se riferite ad attività pregresse, producono effetti sull'anno di esercizio in cui la contestazione viene formalmente effettuata.

Art. 7

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

1. In caso di acquisizione, fusione per incorporazione o modifica della ragione sociale tra due o più soggetti erogatori privati accreditati, il nuovo soggetto risultante è tenuto a darne tempestiva comunicazione alla Direzione Centrale Salute (DCS), al fine dell'attivazione dei procedimenti amministrativi per l'integrazione

dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale.

2. Ai sensi dell'articolo 2504-bis, comma 1, del codice civile, la società risultante dalla fusione o quella incorporante subentra nei diritti e negli obblighi delle società fuse o incorporate, proseguendo in tutti i rapporti giuridici, ivi compresi quelli inerenti all'autorizzazione e l'accreditamento per l'erogazione di prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale (SSR). Il subentro nella titolarità dell'accreditamento istituzionale e degli accordi contrattuali vigenti ha efficacia a decorrere dalla data di validità dell'atto notarile di fusione o acquisizione, previa verifica da parte della Regione della sussistenza dei requisiti organizzativi, strutturali e gestionali del nuovo soggetto erogatore.
3. I budget originariamente assegnati ai soggetti incorporati sono sommati e costituiscono un nuovo budget unico, da attribuire al soggetto risultante, previa definizione con l'Azienda sanitaria di riferimento della ripartizione tra eventuali sedi operative.
4. In caso di cessazione di una sede operativa, il relativo budget può essere mantenuto in capo al soggetto erogatore oppure riassegnato ad altre sedi operative della medesima struttura, previa autorizzazione dell'Azienda sanitaria territorialmente competente e nel rispetto della programmazione regionale.
5. In caso di revoca dell'accreditamento istituzionale, di rinuncia allo stesso, o di rinuncia definitiva, totale o parziale, al budget contrattualizzato da parte di una Struttura privata accreditata, il corrispondente importo è riassegnato da parte della Regione con specifico atto.
6. La riassegnazione delle risorse di cui al comma 5 può avvenire esclusivamente a seguito di valutazione da parte della Regione, con il supporto dell'Azienda sanitaria e dell'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS), tenuto conto:
 - della capacità del sistema pubblico di garantire l'erogazione delle prestazioni in coerenza con i LEA,
 - dell'adeguatezza dell'offerta pubblica sul territorio interessato,
 - delle priorità individuate dalla programmazione sanitaria regionale,
 - del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del SSR.

Art. 8

Tariffe e meccanismo di flessibilità

1. Le Strutture private accreditate applicano le tariffe previste dal tariffario regionale vigente per le prestazioni di ricovero e dal nomenclatore tariffario regionale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.
2. L'adozione di eventuali aggiornamenti tariffari è oggetto di preventiva informazione alle associazioni rappresentative degli erogatori privati accreditati.
3. Gli erogatori privati accreditati sono tenuti a programmare l'attività contrattualizzata in modo armonico lungo l'arco dei dodici mesi dell'anno solare, nel rispetto delle modalità definite dagli accordi annuali aziendali.
4. Non è ammessa l'interruzione anticipata delle attività per esaurimento del budget assegnato. L'inosservanza di tale obbligo costituisce grave inadempimento e può comportare la risoluzione dell'accordo contrattuale aziendale. Le eventuali prestazioni rese in eccedenza rispetto a quanto stabilito nell'accordo non sono oggetto di remunerazione e devono essere considerate a titolo gratuito.
5. I crediti o i debiti derivanti dagli acconti riconosciuti dalle Aziende sanitarie agli erogatori privati incidono sul budget dell'anno successivo, mediante compensazione.
6. Le Aziende sanitarie sono responsabili dell'effettuazione dei controlli previsti dalla normativa vigente, in particolare dalla legge 6 agosto 2008, n. 133 e dal decreto del Ministero della Salute 10 dicembre 2009. Tali controlli sono svolti nel rispetto dell'articolo 66 della legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22, della deliberazione della Giunta regionale 18 luglio 2014, n. 1321 e della deliberazione 7 febbraio 2018, n. 182.
7. 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 aziendale.
8. Il principio di cui al comma 7 si applica anche all'esercizio 2025.
9. Tale riconoscimento è oggetto alla verifica ex post da parte dell'Azienda sanitaria competente. La relativa spesa è imputata al finanziamento dell'anno successivo, fermo restando il rispetto dei vincoli complessivi di spesa di cui all'articolo 34, comma 3, della legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22.

Art. 9

Informatizzazione

1. La Regione Friuli Venezia Giulia, per il tramite di INSIEL S.p.A., promuove l'integrazione tra i sistemi software regionali e i sistemi gestionali in uso presso le Strutture Ambulatoriali private accreditate, mediante la definizione

e il rilascio di protocolli di interoperabilità.

2. I protocolli di cui al comma 1 hanno l'obiettivo di garantire agli erogatori privati accreditati, nel rispetto della normativa vigente, la possibilità di:
3. mantenere la funzionalità di prenotazione delle prestazioni tramite il sistema CUP regionale e ricevere automaticamente, nei propri sistemi gestionali, le prenotazioni effettuate (cosiddetta "restituzione delle liste di lavoro");
 - eseguire l'accettazione informatica degli esami di laboratorio per prelievi effettuati presso le strutture private accreditate e inviati alle Aziende pubbliche per l'esecuzione della parte analitica, con restituzione automatica del referto al sistema gestionale di origine;
 - importare nei propri sistemi gestionali le ricette elettroniche registrate nel Sistema di Accoglienza Regionale (SAR), con contestuale blocco delle stesse onde evitare utilizzi multipli impropri;
 - compilare la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) direttamente mediante i propri sistemi gestionali, salvo utilizzo del sistema ADT-SISSR nelle more della piena interoperabilità;
 - trasmettere al sistema regionale i dati clinici ritenuti rilevanti ai fini epidemiologici o per il miglioramento dei processi di cura (es. esami di monitoraggio di patologie croniche quali l'emoglobina glicata);
 - accedere al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) per la consultazione della documentazione clinica pregressa, nonché alimentarlo mediante l'invio strutturato dei referti prodotti;
 - consultare, tramite i propri sistemi gestionali, le anagrafiche sanitarie e le esenzioni eventualmente attribuite ai pazienti, nel rispetto dei profili autorizzativi e delle normative in materia di protezione dei dati personali.
4. I costi connessi all'adeguamento dei sistemi gestionali propri degli erogatori privati accreditati, necessari per garantire la piena interoperabilità con le soluzioni informatiche regionali, sono interamente a carico delle strutture stesse.
5. Qualora, per motivi tecnici, non sia possibile implementare le funzionalità di interoperabilità previste, le Strutture ambulatoriali private accreditate sono comunque tenute a fornire, nei tempi e secondo gli standard tecnici definiti da INSIEL S.p.A., i flussi informativi obbligatori, in particolare per:
 - l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);
 - la comunicazione delle prescrizioni dematerializzate prese in carico;
 - l'invio dei dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate.

Art. 10

Fatturazione e pagamenti

1. Le Strutture private accreditate sono remunerate dall'Azienda sanitaria di riferimento secondo le modalità di seguito stabilite.
2. Entro il giorno 30 di ciascun mese, l'Azienda provvede, d'ufficio, alla liquidazione di un acconto mensile, pari al 70% del valore del budget mensile teorico, calcolato dividendo il budget annuale contrattualizzato per dodici.
3. Il saldo a conguaglio delle prestazioni effettivamente erogate è disposto entro novanta giorni dalla data di ricevimento da parte dell'Azienda delle relative fatture emesse dalla struttura, corredate della documentazione prevista dalle disposizioni regionali e aziendali in materia.
4. Le modalità di fatturazione, i tracciati informativi e la documentazione di supporto devono rispettare le indicazioni fornite dalla Regione, dall'Azienda sanitaria e da INSIEL S.p.A., al fine di assicurare la regolarità e la tracciabilità delle operazioni.

Tabella A

Ripartizione della quota di cui all'articolo 4, comma 4, lettera a), paria a euro 123.660.609,40 tra le Aziende sanitarie e le Strutture private accreditate per le attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale, secondo la medesima proporzione prevista dagli Accordi regionali vigenti per il triennio 2021–2023, approvati con deliberazione della Giunta regionale 2 luglio 2021, n. 1037

Azienda	Struttura	AMBULATORIALE					OSPEDALIERA			TOTALE	
		di cui Ambulatoriale	di cui Oculistica (interventi)	di cui Radiologia RM alto campo, TC multislices > 64	di cui Area montana	TOTALE AMBULATORIALE	di cui Ricoveri	di cui Riabilitazione ospedaliera	TOTALE OSPEDALIERA	TOTALE AMBULATORIALE + OSPEDALIERA	
ASFO	Associazione La Nostra Famiglia	108.873,15				108.873,15			-	108.873,15	
	Casa di Cura Policlinico San Giorgio S.p.A.	4.856.729,29				4.856.729,29	18.848.800,14	1.000.000,00	19.848.800,14	24.705.529,43	
	Centro Medico Esperia S.r.l.	1.596.576,98	70.000,00	70.000,00		1.736.576,98			-	1.736.576,98	
	Diagnostica s3 S.r.l.	1.229.436,70	70.000,00	70.000,00		1.369.436,70			-	1.369.436,70	
	Maniago Nuoto s.s.d. S.r.l.	127.359,44				127.359,44			-	127.359,44	
	Obiettivo Salute S.r.l.	424.509,02	70.000,00			494.509,02			-	494.509,02	
	Sanisystem S.r.l.	1.543.224,40	70.000,00			1.613.224,40			-	1.613.224,40	
Studio di Fisioterapia e Riabilitazione Busetto e Pontel S.r.l.		82.731,57				82.731,57			-	82.731,57	
ASFO Totale		9.959.440,56	280.000,00	140.000,00	-	10.389.440,56	18.848.800,14	1.000.000,00	19.848.800,14	30.238.240,70	
ASUFC	E-Health S.r.l.	540.988,01		70.000,00	370.000,00	980.988,01			-	980.988,01	
	Associazione La Nostra Famiglia	622.417,33				622.417,33			-	622.417,33	
	Centro Medico Università Castense S.r.l.	2.285.467,33	70.000,00	70.000,00		2.425.467,33			-	2.425.467,33	
	Codess Friuli Venezia Giulia Cooperativa sociale Onlus	387.683,86				387.683,86			-	387.683,86	
	Friuli Coram S.r.l.	1.372.502,87		70.000,00		1.442.502,87			-	1.442.502,87	
	IDR Imago Istituto di Diagnostica Radiologica S.r.l.	1.581.762,64		70.000,00		1.651.762,64			-	1.651.762,64	
	Nova Salus S.r.l. (Cervignano)	304.289,56				304.289,56			-	304.289,56	
	Olomed S.r.l.	893.852,13		70.000,00		963.852,13			-	963.852,13	
	Policlinico Città di Udine S.p.A. - Casa di Cura Privata	12.213.867,28				12.213.867,28	18.166.784,90		18.166.784,90	30.380.652,18	
	Policlinico Triestino - Tolmezzo	429.937,99	70.000,00		370.000,00	869.937,99			-	869.937,99	
	Policlinico Triestino - Codroipo	1.008.325,09	70.000,00			1.078.325,09			-	1.078.325,09	
	Radiologia Cervignanesi S.r.l.	547.807,97				547.807,97			-	547.807,97	
ASUFC Totale	Riabimed - Giunfrà S.r.l.	584.741,40				584.741,40			-	584.741,40	
	Salus Alpe Adria S.r.l.	696.247,01	70.000,00			766.247,01			-	766.247,01	
	Sanriad S.r.l.	1.226.151,62		70.000,00		1.296.151,62			-	1.296.151,62	
	Sanitas Friuli S.r.l.	641.156,71	70.000,00		370.000,00	1.081.156,71			-	1.081.156,71	
	Terme del Friuli Venezia Giulia S.r.l.	32.787,15				32.787,15			-	32.787,15	
		25.369.985,96	350.000,00	420.000,00	1.110.000,00	27.249.985,96	18.166.784,90	-	18.166.784,90	45.416.770,86	
	Ambulatorio Dentistico dott. Enrico Dolso	104.191,62				104.191,62			-	104.191,62	
	Casa di Cura Sanatorio Triestino S.p.A.	2.928.608,28				2.928.608,28	6.822.506,41		6.822.506,41	9.751.114,69	
	Eutonia S.r.l. Sanità e Salute	1.430.007,83				1.430.007,83			-	1.430.007,83	
	Fisioterapia Rinaldi di Margherita Redoni & C. S.n.c.	403.373,81				403.373,81			-	403.373,81	
	Istituto Fisioterapico Magi S.n.c.	199.691,92				199.691,92			-	199.691,92	
	Istituto Radiologico Cortan S.r.l.	1.107.566,86				1.107.566,86			-	1.107.566,86	
ASUGI	Nova Salus S.r.l. (Corfiza, Morfalcone)	1.423.272,22				1.423.272,22			-	1.423.272,22	
	Policlinico Triestino	9.961.221,77				9.961.221,77	21.457.803,08	1.000.000,00	22.457.803,08	32.419.024,85	
	Studio Radiologico Catania S.r.l.	611.512,45				611.512,45			-	611.512,45	
	Studio radiologico Zirconi S.r.l.	562.423,15				562.423,15			-	562.423,15	
ASUGI Totale		18.731.869,90	-	-	-	18.731.869,90	28.280.309,48	1.000.000,00	29.280.309,48	48.012.179,39	
Totale complessivo		54.071.296,43	630.000,00	560.000,00	1.110.000,00	56.371.296,43	65.295.894,52	2.000.000,00	67.295.894,52	123.667.190,94	

Assessore alla salute, politiche sociali e disabilità
Riccardo RICCARDI

ANISAP FVG
Elena MORANDINI

AIOP FVG
Salvatore GUARNERI

ASSOSALUTE FVG
Claudio RICCOBON

ARIS FVG
Guglielmo DANELON

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE