

**ACCORDO PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI
DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE.
(Anno 2024).**

TRA

L'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (di seguito **Azienda o AsFO**), con sede a Pordenone, via della Vecchia Ceramica, n. 1, C.F./P.I. 01772890933, in persona del Direttore Generale dott. Giuseppe Tonutti;

e

L'Associazione **La Nostra Famiglia** (di seguito **Struttura**), con sede in San Vito al Tagliamento (PN), via della Bontà n. 7, P. IVA 00307430132 in persona del legale rappresentante pro tempore dott. ssa Tiziana Scaccabarozzi, in qualità di Procuratore per la Regione F.V.G. dell'Associazione La Nostra Famiglia, Ente Ecclesiastico civilmente riconosciuto con D.P.R. n. 765/1958 con sede legale a Ponte Lambro (CO), via Don Luigi Monza n. 1.

PREMESSE

- l'art. 8 quinquies, co. 2, del D. lgs. n. 502/1992 che stabilisce che la Regione e le Unità sanitarie locali definiscono accordi contrattuali con le strutture pubbliche ed equiparate e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati;
- l'art. 8 quinquies, co. 2, quinquies, del D. lgs. n. 502/1992 che prevede che l'accreditamento istituzionale sia sospeso in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali;
- l'art. 34 della L.R. n. 22/2019 che prevede che 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 D. lgs n. 502/1992, specificando che tali accordi contrattuali sono finalizzati:
 - 1) al contenimento dei tempi di attesa;
 - 2) all'integrazione dell'attività di ricovero;
 - 3) a supportare il sistema pubblico di assistenza in aree territoriali di difficile sostenibilità;
- l'art. 65 della L.R. n. 22/2019 che prevede che la stipula di accordi contrattuali regionali con le organizzazioni rappresentative delle strutture private e di accordi aziendali con le strutture accreditate per l'erogazione di prestazioni per conto e con oneri a carico del Servizio Sanitario

Regionale, siano definiti in coerenza con la programmazione regionale che determina il fabbisogno e le risorse sulla base di requisiti e valutazioni di comparazione della qualità e dei costi;

- l'art. 34, comma 3 della L.R. n. 22/2019 e s.m.i. prevede che "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"; ne deriva che, secondo la normativa vigente, il tetto di spesa per il privato accreditato per ogni Azienda corrisponde al massimo del 6% del finanziamento assegnato alla stessa;
- la D.G.R. n. 1763/2019 con cui la Regione Friuli Venezia Giulia ha determinato il fabbisogno, il numero e la tipologia di strutture private già accreditate e la loro dislocazione territoriale, i volumi di attività erogati distinguendo l'incidenza dell'attività pubblica e di quella privata, i flussi di mobilità intra ed extra regionale, i tempi di attesa delle principali prestazioni sanitarie, nonché le esigenze rappresentate dalle singole Aziende rispetto al proprio territorio al fine di consentire alle Aziende di soddisfare la domanda di prestazioni in modo più efficace in relazione al territorio di competenza;
- la D.G.R. F.V.G. n. 1037/2021 con cui sono stati approvati gli Accordi contrattuali per il periodo 2021 – 2023 tra la Regione e le Associazioni rappresentative degli erogatori privati F.V.G. e avente ad oggetto l'erogazione, per conto del Servizio Sanitario Regionale, di prestazioni sanitarie da parte delle strutture private accreditate e con cui sono state quantificate le risorse economiche destinate alle Case di Cura private accreditate eroganti prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale e alle strutture private accreditate eroganti esclusivamente prestazioni di specialistica ambulatoriale. L'anzidetta Delibera precisa, altresì, che: negli Accordi contrattuali 2021 – 2023 è prevista la possibilità di utilizzare il ricettario del Servizio Sanitario Regionale da parte dei medici operanti nelle strutture private accreditate nel rispetto dei criteri definiti nella D.G.R. F.V.G. n. 1815/2019.
- la D.G.R. F.V.G. n. 2055/2023 che prevede la proroga, per l'anno 2024, degli accordi triennali con i privati accreditati di cui alla D.G.R. F.V.G. n. 1037/2021 e conferma integralmente le risorse economiche individuate negli accordi nelle modalità già indicate nella predetta Delibera. Precisa altresì che, nelle more delle negoziazioni per i prossimi accordi triennali 2024 – 2026 e in applicazione della proroga disposta, le Aziende sanitarie possono stipulare i singoli accordi contrattuali per la durata corrispondente con le strutture private accreditate afferenti al territorio di propria competenza;
- la Determina n. 43 del 11/01/2024 con cui, nelle more della stipula dell'accordo annuale, l'Azienda ha adottato le prime determinazioni per l'anno 2024 relative alla liquidazione delle fatture di acconto sul corrispettivo da riconoscere mensilmente alla Struttura;
- che la Struttura è accreditata a pieno titolo dalla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità (di seguito Direzione Centrale Salute) con Decreto n. 2594/GRFVG del 19.05.2022 per

l'erogazione di prestazioni ambulatoriali per conto del SSR nella sede di San Vito al Tagliamento per le seguenti branche specialistiche:

- Otorinolaringoiatria;
- Neuropsichiatria Infantile;
- Medicina Fisica e Riabilitazione.

- che la Struttura applica le tariffe del nomenclatore tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale, nelle more dell'adozione del nuovo tariffario regionale;

Tutto ciò premesso, le parti stipulano e sottoscrivono il seguente accordo:

Art. 1 – Oggetto del contratto

La Struttura si impegna ad erogare, in coerenza con i provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento, a favore degli aventi diritto e secondo la normativa statale e/o regionale vigente, le prestazioni di specialistica ambulatoriale da riferirsi alle seguenti branche:

- Otorinolaringoiatria;
- Neuropsichiatria Infantile;
- Medicina Fisica e Riabilitazione.

Art. 2 – Volume di prestazioni erogabili e limiti di spesa

Con il presente Accordo per l'anno 2024 viene assegnato alla Struttura una quota del budget ordinario per residenti F.V.G. così come previsto dalla D.G.R. F.V.G. n. 1037/2021, prorogata con D.G.R. F.V.G. n. 2055/2023 pari a **€ 257.158,76**.

La Struttura si impegna a realizzare i volumi di attività come di seguito indicati:

CODICE	DESCRIZIONE	Volumi attesi 2024
89.7D.6	PRIMA VISITA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	700
89.7B.2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	400
		Budget 2024
	PRESTAZIONI DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	170.000 €
	PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE	50.000 €

La Struttura si impegna a programmare la propria attività in modo da garantire la continuità dell'erogazione delle prestazioni nei confronti degli aventi diritto.

La Struttura applica le tariffe del nomenclatore tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale in vigore, nelle more dell'adozione del nuovo tariffario, al netto del ticket.

La Struttura è autorizzata sin da ora ad effettuare eventuali compensazioni tra le tipologie di prestazioni sanitarie afferenti alle diverse branche specialistiche.

Art. 3 – Volume di prestazioni erogabili e limiti di spesa per i soggetti extra Regione

Dato che la DGR n. 1037/2021 prevede 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.

Premesso che nel 2011 entrambe le sedi della struttura (San Vito al Tagliamento e Pasian di Prato) erano in capo all'ex ASS6 (fino al 31.12.2019 AAS5 ora Azienda Friuli Occidentale ASFO), l'importo dell'erogato 2011 per i cittadini residenti presso le altre regioni, pari ad € 4.278,54 (come desunto dalle Direttive regionali per la redazione del Bilancio di chiusura 2012 delle Aziende sanitarie) costituisce il tetto disponibile per l'attrazione extraregionale per entrambe le sedi.

In accordo con ASUFC, si è definita la ripartizione della suddetta quota al 50% sulle due sedi, pertanto il tetto per l'attrazione extraregionale per la sede di San Vito al Tagliamento è di € **2.139,27**.

Art- 4 – Condizioni a carico della Struttura

La Struttura si impegna a rispettare e mantenere tutti i requisiti di autorizzazione e di accreditamento.

La Struttura si impegna a mantenere l'applicazione del CCNL di categoria per tutta la durata del contratto. Eventuali costi aggiuntivi collegati al rinnovo del CCNL di categoria non comportano un aumento dei budget assegnati con il presente accordo.

Art. 5 – Accesso utenza

L'accesso dell'utenza alle prestazioni erogate dalla Struttura avviene tramite prescrizione medica sul ricettario S.S.N. o S.S.R. La Struttura garantisce la parità di trattamento tra utenti senza alcuna discriminazione tra gli esenti e i non esenti ticket prevedendo, opportunamente, una distribuzione dell'offerta nell'arco di tutti i mesi di durata del presente accordo. Al fine di semplificare l'accesso dei cittadini alle prestazioni ambulatoriali, la Struttura si impegna ad attivare e mantenere aggiornata la propria offerta a CUPweb e la disponibilità della prenotazione a Call Center regionale.

Non possono essere accettate in esenzione prescrizioni senza l'evidente identificazione del codice di esenzione riportato sulla prescrizione medica. Eventuali errori saranno segnalati all'Azienda.

È assicurato l'accesso alla Struttura secondo le modalità indicate nel Piano regionale di Governo delle liste di attesa 2019 – 2021 allegato alla D.G.R. F.V.G. n. 1815/2019 e s.m.i. cui si rimanda interamente.

Le agende di tutte le prestazioni di primo accesso devono essere articolate per classe di priorità (Breve, Differita, Programmata), assicurando adeguati livelli di collaborazione per il conseguimento degli obiettivi Aziendali che prevedono la garanzia erogativa nei tempi previsti per il 90% delle prestazioni.

Art. 6 – Tutela privacy

La Struttura è tenuta ad osservare le disposizioni di cui al Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR in materia di trattamento dei dati personali e di privacy, nonché dal D.lgs. n. 101/2018 di adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del suddetto Regolamento.

Nell'effettuare le operazioni di trattamento dei dati personali e particolari di natura sanitaria, correlate all'erogazione delle prestazioni nell'ambito dei compiti assegnati, la Struttura è tenuta ad osservare altresì le decisioni del Garante dei dati personali e dell'Autorità giudiziaria, provvedendo ad evaderne le richieste.

La Struttura è nominata Responsabile al trattamento dei dati, come previsto dalla suddetta normativa e declinato nell'allegata nomina, sottoscritta annualmente dalle parti, a cui si rimanda per i contenuti specifici.

Art. 7 – Controlli ed obbligo informativo

È responsabilità dell'Azienda effettuare i controlli di cui alla legge n. 133/2008 ed al DM del 2009 relativi all'attività erogata. Tali controlli sono effettuati nel rispetto dell'art. 66 della L.R. n. 22/2019, della D.G.R. F.V.G. n. 1321/2014 e della D.G.R. F.V.G. n. 182/2018 e della D.G.R. F.V.G. n. 1006/2023.

I controlli verteranno su:

1. qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie;
2. monitoraggio dei tempi di attesa e corretta gestione delle liste d'attesa per le prestazioni specialistica ambulatoriale del PRGLA – Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa – allegato alla D.G.R. F.V.G. n.1815/2019, nonché l'invio dei flussi informativi ex articolo 50 della legge n. 326/2003, di cui all'art. 6.1.1. del PRGLA.

Ogni richiesta avanzata dall'Azienda deve essere riscontrata dalla Struttura entro e non oltre 45 giorni dalla richiesta pena la risoluzione del presente contratto ai sensi del successivo art. 10.

Art. 8 – Liquidazione dei corrispettivi e Rendicontazione

La Struttura verrà remunerata dall’Azienda secondo le modalità specificate all’art. 10 dell’allegato 1 alla D.G.R F.V.G. n. 1037/2021 ovvero:

- 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;

Le fatturazioni di chiusura dell’anno 2024 saranno trasmesse entro e non oltre il 28 febbraio 2025.

L’Azienda provvede a richiedere l’emissione di una nota di credito, che deve essere emessa entro il mese di fatturazione successivo, nel caso in cui, in esito alle operazioni di controllo e previo contraddittorio, venissero riscontrate contestazioni su prestazioni già erogate. In caso di mancata emissione della nota di credito entro il predetto termine, l’Azienda si riserva la facoltà di trattenere le somme dovute alla prima liquidazione utile.

Crediti o debiti sugli acconti riconosciuti dall’Azienda alla Struttura modificheranno il budget dell’anno successivo. Essendo l’accordo economico annuale, come da proroga della D.G.R. F.V.G. n. 1037/2021 disposta con D.G.R. F.V.G. n. 2055/2023, le prestazioni eccedenti il budget storico ricalcolato assegnato sono riconosciute fino ad 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 dell’Azienda come da art. 8 dell’allegato 1 della D.G.R. F.V.G. n. 1037/2021.

Ai fini della rendicontazione la Struttura si impegna a trasmettere all’Azienda ogni flusso informativo per ciascuna prestazione effettuata secondo le modalità e i tempi previsti dalle disposizioni statali, regionali e aziendali.

Art. 9 – Decorrenza e durata

Il presente contratto ha durata annuale, dal 01.01.2024 al 31.12.2024, e produce effetti retroattivi rispetto alla data di sottoscrizione.

Nelle more del rinnovo, deve intendersi prorogato per i primi quattro mesi del 2025 e comunque non oltre un mese dalla trasmissione da parte dell’Azienda della proposta di accordo per il 2025.

Sono fatte salve eventuali diverse indicazioni della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia.

Art. 10 – Sospensione o Risoluzione anticipata del contratto

La validità del presente contratto è condizionata alla permanenza dei presupposti di accreditamento della Struttura. La revoca dell’accreditamento comporta la risoluzione del contratto ai sensi dell’art. 1453 del c.c.

In caso di sospensione da parte della Struttura delle attività oggetto del presente contratto, La Nostra Famiglia comunica preventivamente all'Azienda ed alla Direzione Centrale Salute le cause determinanti la stessa. Pena la risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1461 del c.c., L'Azienda valuterà discrezionalmente se le condizioni contrattuali siano divenute tali da procedere o meno con la sua prosecuzione.

Fatti salvi i casi di cui sopra, il presente contratto si risolve di diritto nelle forme di cui all'art. 1456 cc.:

1. qualora la Struttura non comunichi alcun riscontro entro 45 giorni dalla richiesta avanzata dall'Azienda in ordine all'attività di controllo di cui all'art. 7 "Controlli ed obbligo informativo". In tal caso, la Struttura ha diritto soltanto al pagamento delle prestazioni regolarmente rese;
2. nel caso di interruzione delle prestazioni per esaurimento del budget, atteso che la Struttura è obbligata a programmare l'attività armonicamente nei 12 mesi senza soluzione di continuità, tenuto conto di quanto disposto dall'art. 8 dell'allegato 1 alla D.G.R. F.V.G. n. 1037/2021.

Nei casi indicati ai punti 1 e 2 del presente articolo, la risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola.

Art. 11 – Forma delle comunicazioni

Le comunicazioni tra le parti relative all'oggetto del presente contratto avvengono a mezzo PEC. Il presente contratto è trasmesso in copia digitale alla Direzione Centrale Salute.

Art. 12 – Foro competente e norma di rinvio

Il presente contratto è soggetto a registrazione. Le spese di bollo sono a carico della Struttura. Le parti stabiliscono che per ogni eventuale e futura controversia derivante dal presente contratto è competente in via esclusiva il foro di Pordenone.

Lì Pordenone, data della sottoscrizione digitale

Letto, firmato e sottoscritto

Per l'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale
Il Direttore Generale
(dott. Giuseppe Tonutti)

Per l'Associazione la Nostra Famiglia
Il legale rappresentante
(dott. ssa Tiziana Scaccabarozzi)
