

**Addendum all'Accordo tra l'Azienda sanitaria Friuli Occidentale e Sanisystem s.r.l., per acquisto ed erogazione di prestazioni ambulatoriali per conto del SSR a favore di assistiti della Regione FVG, con oneri da porre a carico del bilancio delle Aziende sanitarie della Regione, ai sensi dell'accordo approvato con la DGR n. 1037/2021 sezione denominata finanziamento aggiuntivo per "Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d'attesa".**

\*\*\*\*\*

L'anno 2022, il giorno 10 del mese di giugno in PORDENONE

TRA

L'Azienda sanitaria Friuli Occidentale (di seguito Azienda), con sede a Pordenone, via della Vecchia Ceramica, n. 1, C.F./P.I. 01772890933, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro tempore Dott. Giuseppe Tonutti, che interviene nel presente atto ai sensi del Decreto n. 960 del 22.10.2021

E

La Struttura sanitaria Sanisystem srl, (di seguito Struttura), con sede in Pordenone, via G. Galilei, n. 9, C.F./P.I. 01422190932, in persona del legale rappresentante pro tempore Sig. Giulio Favretti, nato a Sacile (PN) il 02/03/1967.

**Premesso** 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;

**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, con appositi provvedimenti regionali sono stati concessi nuovi accreditamenti;

**Considerato** che l'ampliamento dell'offerta mediante nuovi accreditamenti e l'individuazione di specifiche risorse deve avvenire nel rispetto del 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;

**Ricordato** 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;

**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;

**Ricordato** che con DGR 1037/2021, ai sensi della disposizione innanzi richiamata, la Regione ha destinato 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 stata ritenuta dalla DGR 1037/2021 coerente con il principio dell'invarianza dell'effetto finanziario;

**Considerato** che la DGR 1037/2021 ha approvato due Accordi triennali tra la Regione FVG e 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 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 D.G.R. n. 42/2017, rivalutato ai sensi del citato decreto legge n. 124/2019;
- il budget ordinario destinato alle strutture private accreditate per i nuovi accreditamenti 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;
- 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;

**Rilevato** che i due Accordi succitati 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 firmatarie degli Accordi 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, la Regione si è riservata espressamente nella DGR 1037/2021 di adottare 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 Veneto;

**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 morbilità aggiuntiva a carico del SSR ed incremento di costi;

**Ricordato:**

1. che con D.G.R. n. 1037/2021 sono stati approvati due Accordi contrattuali, aventi durata triennale, dal 01.01.2021 al 31.12.2023, 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.

2. che l'individuazione con DGR 1037/2021 delle specifiche 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.
3. che l'incremento di prestazioni, ai sensi della DGR 1037/2021, derivante 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.
4. che gli oneri derivanti dalla DGR 1037/2021, 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.
5. che il Direttore della S.C. Gestione Prestazioni Sanitarie è responsabile dell'esecuzione del presente accordo per l'ASFO.

**Tutto ciò premesso, le parti come sopra individuate stipulano e sottoscrivono il presente contratto avente ad oggetto l'acquisto e l'erogazione di prestazioni di ricovero, ambulatoriali e di diagnostica strumentale per conto del SSR a favore di assistiti della Regione Aut. F.V.G., con oneri da porre a carico del bilancio delle Aziende sanitarie della Regione, ai sensi dell'accordo approvato con D.G.R. n. 1037/2021 sezione denominata finanziamento aggiuntivo per "Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d'attesa".**

#### **Art. 1**

##### **Finalità dell'Accordo.**

1. In conformità e nei limiti del finanziamento specifico di cui alla DGR 1037 del 02.07.2021, il presente Accordo è finalizzato alla riduzione, con particolare riguardo ad alcune individuate branche specialistiche in base alle prestazioni analiticamente declinate al successivo art. 12, dei tempi di attesa e della conseguente mobilità extraregionale (fuga) degli utenti del S.S.R. FVG. Detta finalità viene realizzata mediante l'ampliamento dell'offerta di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale secondo l'incremento dell'offerta di cui al successivo art. 2.

#### **Art. 2**

##### **Oggetto dell'Accordo.**

1. Per le finalità indicate nell'art. 1, la Struttura si impegna ad erogare nella sede indicata nei provvedimenti di accreditamento, a favore degli aventi diritto secondo la normativa statale e regionale vigente, ed in coerenza con i provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento le prestazioni inerenti le branche specialistiche di cui al successivo art. 3.
2. Le branche specialistiche individuate al comma 1 rientrano in quelle che, ex DGR n. 1763/2019, registrano una rilevante fuga extraregionale.

#### **Art. 3**

##### **Volume di prestazioni erogabili e budget assegnato.**

1. Il budget assegnato alla Struttura entro il tetto fissato dalla DGR 1037/2021, per l'erogazione delle prestazioni oggetto del presente accordo ammonta ad euro 482.000,00 per la specialistica ambulatoriale, di cui 100.000,00 euro per RMN e TC, 320.000,00 euro per oculistica chirurgica (cataratta) e 62.000,00 euro per riabilitazione post intervento ortopedico, secondo i volumi specificati nell'allegato 1 del presente Accordo.



2. La Struttura si impegna a realizzare i volumi di attività e relativo ammontare sopra indicati con relativa riduzione dei volumi di attività e valore economico della mobilità passiva extraregionale e dei tempi di attesa.

#### **Art. 4**

##### **Rendicontazione delle prestazioni e verifica della riduzione dei volumi di attività ed effetti economici della mobilità passiva extraregionale e dei tempi di attesa.**

1. In conformità all'Accordo approvato con DGR n. 1037/2021, le prestazioni di cui all'art. 3, secondo i volumi specificati nell'allegato 1 del presente accordo, sono oggetto da parte della Struttura di apposita rendicontazione analitica separata rispetto a quella relativa alle prestazioni di cui all'Accordo sull'attività ordinaria di ricovero e specialistica ambulatoriale.
2. La Struttura s'impegna trimestralmente a fornire all'Azienda apposita rendicontazione analitica delle prestazioni effettuate di cui all'art. 3.
3. Sulla base dei dati derivanti dalle rendicontazioni, l'Azienda provvede a verificare la congruità delle prestazioni erogate rispetto alle condizioni stabilite nel presente Accordo e l'effettiva riduzione della mobilità passiva extraregionale per residenti ASFO e per residenti regionali, in termini di volumi di attività e valore economico conseguente alla riduzione dei tempi di attesa, sulla base dei dati forniti dalla Direzione Centrale Salute Politiche Sociali e Disabilità e dall'ARCS.
4. Al fine di monitorare l'andamento del raggiungimento degli obiettivi prefissati di riduzione progressiva della mobilità passiva extraregionale e, conseguentemente, dei tempi di attesa, di cui ai commi precedenti, le parti concordano di fare riferimento alla matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ed inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento. In via provvisoria verrà effettuata l'analisi dei dati relativi alla fuga extraregionale forniti dalla Direzione Centrale Salute Politiche Sociali e Disabilità e da ARCS in sede di incontri fissati a cadenza almeno semestrale, il primo con cadenza al 30 giugno 2022, quindi nel mese di novembre 2022, e così nei semestri successivi, per le annualità 2022 e 2023.
5. L'Azienda s'impegna, quindi, di concerto con l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute e la Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità, a fissare gli incontri di cui al comma 4 per l'analisi e verifica congiunta con la struttura privata accreditata della concreta efficacia della progettualità oggetto del presente Accordo.
6. Le parti prendono atto che, qualora sulla base dei dati oggettivi rilevati oltreché degli esiti degli appositi incontri infrannuali, come previsto nell'Accordo Regionale approvato con DGR 1037/2021, emerga una parziale o totale inefficacia della progettualità oggetto del presente Accordo, avendo particolare riguardo al raggiungimento degli obiettivi prefissati di riduzione progressiva dei tempi di attesa e della connessa mobilità passiva extraregionale, la Regione, previo confronto con ASFO e con gli erogatori privati accreditati, potrà adottare le necessarie azioni e determinazioni volti a rimodulare, limitare e/o sospendere la medesima progettualità ed il relativo finanziamento, anche con l'eventuale utilizzazione della quota parte del budget ordinario non ancora utilizzato.

#### **Art. 5**

##### **Liquidazione dei corrispettivi.**

1. Non sono oggetto di remunerazione alcuna le seguenti prestazioni e, precisamente:
  - quelle erogate a cittadini non residenti in Friuli Venezia Giulia,
  - quelle non ricomprese nelle branche specialistiche e nelle tipologie prestazionali individuate analiticamente al precedente art. 3;
  - quelle che, seppur ricomprese nelle branche specialistiche e nelle tipologie prestazionali individuate analiticamente al precedente art. 3, superano per valore economico il budget concretamente attribuito di cui al medesimo articolo;
  - quelle non rendicontate secondo le specifiche modalità stabilite al precedente art. 4.
2. L'addebito delle prestazioni sarà effettuato all'Azienda, all'esito delle verifiche di cui all'art. 4 e con fatturazione dalla quale emerga il costo riconducibile alle prestazioni erogate e suddivise per ciascuna prestazione specialistica e allegata rendicontazione analitica e dettagliata. Per l'anno 2021, ai sensi dell'art. 2 dell'accordo approvato con DGR n.1037/2021, vengono considerate le

prestazioni rese a far data dall'1 gennaio 2021, nelle more del perfezionamento dell'accordo stesso.

3. L'Azienda riconoscerà un acconto mensile da considerarsi, quale anticipazione finanziaria, sul fatturato nella misura del 70% del budget assegnato di cui all'art. 3 riproporzionato su base mensile.

4. Sulla base della verifica prevista al precedente art. 4, l'Azienda eroga il saldo delle prestazioni straordinarie effettuate utilizzando, in caso di un valore economico della fuga recuperata inferiore al budget straordinario pagato, la quota parte del budget ordinario non ancora utilizzato, riconosciuto alla struttura in base agli accordi regionali nel tempo vigenti. A tal fine, viene riprogrammata la commessa determinata in relazione al budget ordinario utilizzato.

5. All'esito delle verifiche di cui al precedente art. 4, nei semestri successivi, previ appositi incontri tecnici fra le Parti anche ai fini della riprogrammazione delle attività, vengono effettuate le conseguenti compensazioni in base al valore economico della fuga recuperata e delle liste d'attesa, ma comunque sempre entro i limiti dei budget ordinari e straordinari determinati nei termini di cui al presente accordo. L'Azienda provvede alle conseguenti registrazioni contabili ai fini di assicurare la clausola dell'invarianza finanziaria.

6. Qualora a seguito della definitiva verifica, rispetto alle somme percepite dalla Struttura in base ai precedenti commi 4 e 5 non consegua un'effettiva e corrispondente riduzione in termini economici del valore del costo aziendale della mobilità extraregionale dei residenti ASFO, correlata in modo quali-quantitativo alle tipologie di prestazioni specificate nell'Allegato 1 del presente contratto, la Struttura stessa acconsente all'applicazione dell'istituto della compensazione di cui all'art. 1241 c.c. sul budget ordinario non ancora utilizzato, riconosciuto alla struttura in base agli accordi regionali nel tempo vigenti.

7. Atteso che l'applicazione dei commi 4, 5 e 6 del presente articolo potrebbe comportare una significativa riduzione della commessa del budget storico ordinario di cui al relativo Accordo fra le parti, con importanti ricadute sull'andamento dei tempi di attesa, detta applicazione è subordinata al previo confronto fra le parti e al rispetto delle eventuali conseguenti determinazioni della Regione all'esito delle verifiche di cui al precedente art. 4.

8. Sono fatti salvi eventuali accordi regionali che prevedano specifici finanziamenti integrativi finalizzati alla progettualità di cui alla presente parte.

9. Le fatture emesse saranno liquidate entro 60 giorni dal ricevimento.

#### **Articolo 6**

##### **Condizione risolutiva ex art. 1353 c.c.**

1. Le parti concordano che il presente contratto si risolve qualora ai volumi di attività realizzati dalla Struttura non consegua pari riduzione del costo aziendale relativo alla mobilità extraregionale per l'effettuazione delle medesime prestazioni in modo da garantire l'invarianza dell'effetto finanziario per l'Azienda secondo le modalità definite nei precedenti artt. 4 e 5, fatti salvi eventuali accordi regionali che prevedano specifici finanziamenti integrativi finalizzati alla progettualità di cui al presente titolo.

2. Ai sensi dell'art. 1353 del codice civile qualora si verifichi la condizione risolutiva sopra citata, gli effetti del negozio si considerano come mai verificati.

#### **Articolo 7**

##### **Recesso dall'accordo.**

1. Ciascuna delle parti può recedere dal presente contratto, mediante apposita comunicazione scritta, con effetto da 60 giorni dalla ricezione della medesima, fatti salvi gli effetti della compensazione sul budget ordinario in caso di mancata riduzione della fuga extraregionale.

#### **Art. 8**

##### **Decorrenza e durata.**

1. Il presente contratto ha decorrenza a partire dal 01 gennaio 2021 e scadenza al 31 dicembre 2023 fatti salvi gli effetti sulle annualità successive collegati all'eventuale mancato raggiungimento degli obiettivi di riduzione della fuga extraregionale e della conseguente riduzione delle liste di attesa.

2. Le clausole del presente contratto possono essere modificate per effetto dell'entrata in vigore di disposizioni di legge, statale o regionale, aventi carattere imperativo.

**Art. 9 – Disciplina, registrazione e controversie.**

1. Per quanto non regolato specificamente dal presente addendum si deve fare riferimento all'Accordo contrattuale fra le parti relativo al budget storico ordinario.
2. Il presente accordo contrattuale è soggetto a registrazione in caso d'uso.
3. Per le eventuali controversie che dovessero insorgere in applicazione della presente contratto è competente in via esclusiva il Tribunale di Pordenone.

Letto, firmato e sottoscritto a Pordenone il .....

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

Per la Struttura  
Il legale rappresentante  
(sig. Giulio Favretti)

.....

.....

Ai sensi dell'art. 1341 c.c. si intendono qui confermate le disposizioni dettate dalle seguenti disposizioni della presente convenzione:

- art. 3 su volume di prestazioni erogabili e budget assegnato,
- art. 4 relativamente alla rendicontazione delle prestazioni e verifica della riduzione dei volumi di attività ed effetti economici della mobilità passiva extraregionale e dei tempi di attesa,
- art. 5 sulla liquidazione dei corrispettivi e sul meccanismo di recupero sul budget ordinario in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo di riduzione della fuga extraregionale,
- art. 6 in materia di condizione risolutiva ex art. 1353 c.c.,
- art. 7 in materia di recesso dal contratto e relativi effetti,
- art. 8 in materia di durata dell'accordo contrattuale collegata agli effetti dell'eventuale mancato raggiungimento dell'obiettivo del recupero della fuga passiva extraregionale.

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

Per la Struttura  
Il legale rappresentante  
(sig. Giulio Favretti)

.....

.....



## Allegato 1.

### Sanisystem

Budget recupero fuga ambulatoriale	482.000,00 €
RM	100.000,00 €
Cataratte	320.000,00 €
Riabilitazione	62.000,00 €

#### Numero minimo di prestazioni su base annua

RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHETTRICA	500
INTERVENTO SUL CRISTALLINO CON E SENZA VITRECTOMIA +prestazioni correlate	230
PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE POST INTERVENTO ORTOPEDICO*	2000

\* in base ai protocolli condivisi con ASFO