

ra della morte e di tutte le menomazioni temporanee e/o permanenti dello stato di salute del paziente coinvolto nella sperimentazione o di qualunque altro danno alla persona risarcibile e riconducibile alla responsabilità civile di tutti i soggetti che partecipano alla sperimentazione. Il promotore ha stipulato con la compagnia assicurativa una polizza di assicurazione responsabilità civile sperimentazioni cliniche in Italia n.

Art. 9

Decorrenza del contratto

Le parti convengono che la presente scrittura avrà validità a decorrere dalla data di ultima sottoscrizione della stessa, e rimarrà in vigore fino alla chiusura del centro sperimentale presso l'Azienda.

Art. 10

Recesso - Interruzione anticipata

Ciascuna delle parti della presente convenzione si riserva il diritto in qualunque momento, con preavviso scritto di 30 giorni, di recedere dalla convenzione stessa. Tale preavviso verrà inoltrato tramite lettera raccomandata a/r ed avrà effetto dal momento del ricevimento dell'altra parte.

Ciascuna delle parti della presente convenzione si riserva inoltre il diritto di interrompere immediatamente la sperimentazione per gravi e documentate inadempienze dell'altra parte e in qualunque momento nel caso si abbia motivo, valido e documentabile, di ritenere che la prosecuzione della sperimentazione possa rappresentare un rischio non accettabile per i pazienti coinvolti. In tale caso, lo sperimentatore e/o l'azienda porteranno a termine tutte le attività non ancora concluse, operando per garantire la massima tutela del paziente.

Al verificarsi dell'interruzione anticipata della sperimentazione, il promotore corrisponderà all'azienda i rimborsi spese e i compensi effettivamente maturati fino a quel momento.

Art. 11

Registrazione e bolli

Il presente atto è soggetto a registrazione solo in caso di uso. Le spese di bollo sono a carico del promotore.

Art. 12

Foro competente e normativa applicabile

La normativa applicabile alla presente convenzione è quella dello Stato Italiano.

Per qualsiasi controversia derivante dall'applicazione ed interpretazione della presente convenzione, sarà competente in via esclusiva il Foro di, con espressa esclusione di qualsiasi altro Foro, generale e facoltativo.

Art. 13

Modifiche ed integrazioni

Eventuali modifiche alla presente convenzione potranno essere effettuate, previo accordo fra le parti, solo tramite stesura di apposite modifiche scritte.

Le Parti si danno reciprocamente atto che il contratto è stato negoziato in ogni sua parte e che non trovano pertanto applicazione le disposizioni di cui agli artt. 1341 e 1342, c.c.

Art. 14

Prevenzione della corruzione, osservanza delle leggi ed obblighi delle parti

Il promotore e l'azienda concordano che le previsioni di cui al presente contratto non costituiscono né possono costituire incentivo o corrispettivo per alcuna intenzione - passata, presente o futura - di prescrivere, gestire, consigliare, acquistare, pagare, rimborsare, autorizzare, approvare o fornire qualsiasi prodotto o servizio venduto o reso dal promotore.

L'azienda riconosce che qualsiasi supporto e/o pagamento da parte del promotore è e resterà indipendente da qualsiasi decisione dell'azienda relativa alla scelta di medicinali da parte di medici e/o farmacisti che operano per e nell'azienda.

Le parti concordano che, non pagheranno né prometteranno di pagare e/o autorizzare il pagamento, direttamente o indirettamente, di qualunque importo, né daranno o prometteranno di dare o di autorizzare la donazione di oggetti di valore, a qualsiasi pubblico ufficiale, medico o persona associata ad un'organizzazione sanitaria, al fine di ottenere o mantenere un'attività commerciale o di assicurare un vantaggio improprio per il promotore.

L'azienda dichiara e garantisce che rispetterà la normativa italiana applicabile in materia di anti-corruzione.

Letto, approvato e sottoscritto.

p.

Il direttore generale	Data	Firma
.....

p. il promotore,

Il direttore generale e A.D.	Data	Firma
.....

(2013.30.1793)102

DECRETO 22 luglio 2013.

Determinazione degli aggregati provinciali e dell'aggregato regionale per l'assistenza ospedaliera da privato per l'anno 2013.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Visto il D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, sul riordino della disciplina in materia sanitaria;

Visto il D. A. n. 890 del 17 giugno 2002 e s.m.i.

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 di riordino del sistema sanitario siciliano ed in particolare l'art. 25 "erogazione di attività da parte di strutture private";

Visto il D. A. n. 1174 del 30 maggio 2008 e s.m.i. recante disposizioni sui "Flussi informativi";

Visto il decreto assessoriale n. 1060/2012 e s.m.i., con il quale sono state date indicazioni alle aziende sanitarie provinciali sui criteri per la determinazione del budget da attribuire alle singole case di cura, sono stati fissati i tetti di spesa provinciali per l'anno 2012, nonché è stato allegato lo schema di contratto;

Ritenuto obiettivo prioritario della Regione siciliana il raggiungimento dei livelli di appropriatezza e di qualità di assistenza secondo quanto previsto dal Piano sanitario regionale 2011-2013;

Visto il Patto per la salute per gli anni 2010-2012, giusta Intesa della Conferenza Stato-Regioni repertorio n. 243/CSR del 3 dicembre 2009;

Visto il D. A. 30 dicembre 2010, con il quale è stato approvato il "Programma operativo 2010-2012 per la prosecuzione del piano di riqualificazione del sistema sanitario regionale 2007-2009, ai sensi dell'art. 11 del D.L. 31 maggio 2010, n. 78 convertito dalla legge 30 luglio 2010, n. 122";

Considerato che i tetti di spesa cosiddetti "aggregati" per ogni singolo comparto, si configurano quali strumenti indispensabili per garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nell'ambito delle risorse del Fondo sanitario regionale e per mantenere l'equilibrio finanziario del sistema sanitario regionale, in attuazione dei fondamentali principi legati al miglioramento qualitativo delle prestazioni sanitarie e alla razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica;

Visti gli esiti del confronto con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative ai sensi dell'art. 25, comma 4, della legge regionale n. 5/2009, sulle determinazioni di cui al presente decreto;

Considerato che rispetto al settore dell'ospitalità privata convenzionata, la Regione è tenuta, in base alle risorse disponibili, a definire annualmente il tetto di spesa regionale da assegnare attraverso la determinazione degli aggregati provinciali nonché a stabilire i criteri per la contrattazione, da parte dei direttori generali delle ASP, dei budget da assegnare alle singole strutture accreditate;

Visto il contenuto del decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012, convertito con modifiche nella legge 7 agosto 2012 n. 135 ed, in particolare, il comma 14 dell'art. 15 che prevede: "A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla Regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014...omissis";

Preso atto che la spesa consuntivata nell'anno 2011, rilevata dai bilanci d'esercizio dell'anno 2011 presentati dalle aziende sanitarie provinciali, ammonta a complessivi euro 479.245.000,00 così distinta:

	spesa 2011
attività di ricovero	463.738.000,00
attività extra Regione	8.657.000,00
DRG in "fuga"	6.850.000,00
TOTALE	479.245.000,00

Visto il D.A. n. 923/2013 del 14 maggio 2013, con il quale sono state adottate, a far data dall'1 giugno 2013, le tariffe di cui al D.M. 18 ottobre 2012, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica Italiana n. 23 del 28 gennaio 2013, per le prestazioni di assistenza ospedaliera;

Visto il D.A. n. 924/2013 del 14 maggio 2013, con il quale sono state adottate, a far data dall'1 giugno 2013, le tariffe di cui al D.M. 18. ottobre 2012, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 23 del 28

	spesa 2011	spesa 2011 -1%	Rettifiche	Importi ridistribuiti
attività di ricovero	463.738.000,00	459.101.000,00	- 4.100.000,00	455.001.000,00
attività extra Regione	8.657.000,00	8.570.000,00		8.570.000,00
DRG in "fuga"	6.850.000,00	6.782.000,00	2.218.000,00	9.000.000,00
TOTALE	479.245.000,00	474.453.000,00	- 1.882.000,00	472.571.000,00
quota accantonata 2013				1.882.000,00
TOTALE				474.453.000,00

Considerato, altresì, che il valore dell'aggregato per l'assistenza ospedaliera da privato per l'anno 2013 comprende anche la valorizzazione delle prestazioni erogate nei posti letto di residenzialità psichiatrica di cui al Piano operativo regionale 2010-2012 (azione 1.4);

Ritenuto di dovere definire i tetti di spesa provinciali dell'ospedalità privata (case di cura) per le sole prestazioni di ricovero acuti e post acuti erogate in favore dei cittadini di altre regioni (mobilità attiva extra-regionale) per effetto di quanto disposto dall'articolo 25 della legge regionale n. 5/2009, comma 1, lett. D), come modificato dal comma 7 dell'art. 71 della legge regionale 15 maggio 2013, n. 9.

Per la mobilità attiva extra regionale, alle singole strutture il budget verrà assegnato in proporzione all'attività sanitaria dalle medesime erogata e riconosciuta nell'anno 2012 e comunque entro il limite massimo dei tetti di spesa provinciali sotto riportati:

gennaio 2013, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;

Visto il D.A. n. 954/2013 del 17 maggio 2013, con il quale sono state rideterminate, a far data dall'1 giugno 2013, le tariffe per le prestazioni erogate in regime di day service;

Considerato che la Giunta regionale nella seduta del 27 giugno 2013 ha apprezzato il Programma operativo 2013/2015 per la prosecuzione del piano di consolidamento e riqualificazione del sistema sanitario regionale 2010/2012, ai sensi dell'art. 11 del D.L. 31 maggio 2010 n. 78 convertito in legge 30 luglio 2010 n. 122, in corso di verifica e approvazione da parte dei Ministeri competenti;

Preso atto che all'aggregato di spesa per l'assistenza ospedaliera per l'anno 2013 delle case di cura, determinato in € 474.453.000,00, sulla base della spesa consuntivata per l'anno 2011 decurtata nella misura dell'1% come previsto dal decreto legge n. 95/2012 convertito nella legge n. 135/2012, saranno apportate le seguenti ulteriori modifiche:

- Accantonamento della quota complessiva di euro 3.000.000,00 per la chiusura temporanea della casa di cura Santa Rita di Messina;

- Accantonamento della quota complessiva di euro 2.600.000,00 per la chiusura temporanea della casa di cura Stagno di Palermo;

- Riconoscimento di euro 1.500.000,00 quale quota spettante per il solo anno 2013 per la remunerazione delle prestazioni di cardiocirurgia che saranno rese, oltre il budget assegnato, dalla casa di cura Villa Maria Eleonora di Palermo, per effetto della chiusura temporanea del reparto di Cardiocirurgia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Palermo la cui attivazione è prevista per la fine del mese di luglio 2013;

- Maggiore disponibilità per il solo anno 2013 delle risorse dedicate ai DRG in "fuga" per euro 2.218.000,00;

Ritenuto, pertanto, che la composizione dell'aggregato regionale anno 2013 con i relativi tetti di spesa è così definito:

AZIENDA	Importi
ASP DI AGRIGENTO	33.000,00
ASP DI CALTANISSETTA	57.000,00
ASP DI CATANIA	1.434.000,00
ASP DI MESSINA	6.128.000,00
ASP DI PALERMO	544.000,00
ASP DI RAGUSA	49.000,00
ASP DI SIRACUSA	233.000,00
ASP DI TRAPANI	92.000,00
TOTALE	8.570.000,00

Ai fini della remunerazione delle prestazioni erogate in mobilità attiva, si dovrà tenere conto delle decorrenze previste dai singoli tariffari regionali nei diversi periodi vigenti, applicando i criteri di seguito indicati:

- 1) per i ricoveri per acuti si riconoscerà:
 - 80% per prestazioni rese con peso minore o uguale a 1,7;
 - 90% per prestazioni rese con peso maggiore di 1,7 e minore o uguale a 2,5;
 - 95% per prestazioni rese con peso maggiore di 2,5;

2) per le prestazioni di riabilitazione e/o di lungodegenza ai cittadini provenienti da altre regioni, si riconoscerà la corrispondente tariffa ridotta del 20%. La riduzione del 20% sarà applicata anche sulla tariffa che si determina dopo il 60 (sessantesimo) giorno di ricovero.

Le case di cura sono tenute a produrre separatamente alle ASP le fatture comprovanti le prestazioni erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale).

Le eventuali economie che si realizzano nell'ambito di ciascuna provincia, nei tetti di spesa per "extra regione" potranno essere ridistribuite in favore di quelle strutture della stessa provincia che hanno registrato una maggiore produzione, in mobilità attiva extra regione, rispetto al budget assegnato.

L'ulteriore produzione extra regione eventualmente prodotta dalle singole strutture oltre i rispettivi tetti di spesa potrà essere remunerata solo nei tempi ed agli esiti delle procedure di compensazione fra le regioni interessate alla mobilità attiva/passiva.

Per tale maggiore produzione, le case di cura emetteranno regolare fattura soltanto dopo la comunicazione del riconoscimento delle prestazioni da parte dell'ASP.

Ritenuto che le aziende sanitarie provinciali per l'assegnazione dei budget anno 2013 alle case di cura accreditate di media ed alta specialità, che già erogano prestazioni per il servizio sanitario regionale, disporranno delle somme per ciascuna specificate nella seguente tabella, oltre a quanto disciplinato e previsto dal presente provvedimento (mobilità extra regione - DRG in "fuga"):

AZIENDA		QUOTA LUNGODEGENZA	QUOTA RIABILITAZIONE	QUOTA RICOVERI PER ACUTI	AGGREGATI PER ANNO 2013
ASP DI AGRIGENTO	AG	—	—	12.342.000,00	12.342.000,00
ASP DI CALTANISSETTA	CL	255.800,00	3.667.000,00	10.591.200,00	14.514.000,00
ASP DI CATANIA	CT	2.049.100,00	33.382.700,00	118.625.200,00	154.057.000,00
ASP DI MESSINA	ME	613.800,00	8.738.800,00	57.270.400,00	66.623.000,00
ASP DI PALERMO*	PA	1.639.300,00	6.085.700,00	140.556.000,00	148.281.000,00
ASP DI RAGUSA	RG	—	2.340.700,00	5.324.300,00	7.665.000,00
ASP DI SIRACUSA	SR	562.700,00	4.603.300,00	30.920.000,00	36.086.000,00
ASP DI TRAPANI	TP	—	2.496.700,00	12.936.300,00	15.433.000,00
Totale		5.069.500,00	60.770.700,00	389.160.800,00	455.001.000,00

Considerato che:

- nella determinazione dei budget da assegnare per l'anno 2013 alle case di cura, che dovrà essere effettuata sulla base del rapporto tra il budget attribuito nell'anno 2012, al lordo del 3% di cui all'art. 3 del D.A. n. 1060 del 4 giugno 2012 come modificato dal D.A. n. 1766 del 6 settembre 2012, e i tetti di spesa provinciali di cui alla precedente tabella, dovranno tenere distinte le quote per acuti, lungodegenza e riabilitazione;
- alle singole case di cura con budget misto è consentito di spostare, entro i limiti del budget complessivo assegnato, la minore produzione di attività verificatasi nelle tipologie di prestazioni relative a lungodegenza e riabilitazione, nella misura massima del 5%, in favore dell'attività per acuti, mentre in caso di minore produzione verificatasi nell'attività per acuti, lo spostamento è consentito, nella misura massima del 10%, in favore delle tipologie di attività relative alla lungodegenza ed alla riabilitazione;
- le eventuali economie che si realizzano in ambito provinciale, in ciascun aggregato per tipologia, devono essere ridistribuite all'interno dello stesso, a condizione che i direttori generali delle ASP, attraverso motivate ed accertate esigenze, provvedano a

rinegoziare, entro e non oltre il 30 novembre 2013, i budget delle strutture, senza che questo influenzi o determini automatismi nella definizione del budget per l'anno successivo;

- le case di cura potranno erogare prestazioni ambulatoriali, ad eccezione delle prestazioni di laboratorio di analisi, esclusivamente per ottemperare alla presa in carico e per assicurare la continuità assistenziale ai pazienti per l'episodio di malattia che ha determinato il ricovero e per le prestazioni ad esso correlate, senza alcuna estensione diretta o indiretta del rapporto contrattuale in essere e nel limite massimo del 3% del budget che sarà assegnato per effetto del presente decreto;

Considerato che costituisce interesse strategico della Regione, in quanto funzionale al processo di riduzione delle prestazioni di ricovero che costituiscono la mobilità passiva, prevedere la possibilità per le strutture private accreditate di erogare le prestazioni nell'ambito di quelle previste nell'allegata tabella "A", che fa parte integrante del presente decreto, per le quali si registra una maggiore "fuga" verso altre regioni di pazienti siciliani, tenendo conto degli appropriati setting assistenziali e comunque nei limiti percentuali della distribuzione delle prestazioni prevista per ciascun DRG dal D.A. 5 novembre 2010 e s.m.i.;

Ritenuto che le prestazioni relative ai DRG cosiddetti "in fuga" di cui alla tabella "A" allegata, rese da ciascuna casa di cura nel 2013 complessivamente in numero maggiore rispetto alla media delle prestazioni erogate dalla medesima struttura nel quadriennio 2009-2012 - ad eccezione dei DRG di nuova introduzione nn. "546" e "573" per i quali il raffronto sarà determinato con riferimento al biennio 2011-2012 - saranno remunerate, per la parte eccedente, nella misura del 70% della tariffa prevista dai singoli tariffari regionali nei diversi periodi vigenti e comunque entro il limite massimo dei budget assegnati per tali finalità alle singole case di cura. Per l'allineamento dei DRG tra la versione 19 in vigore fino al 2010 e la versione 24, in vigore a partire dall'1 gennaio 2011, si rinvia all'apposita allegata tabella "B" di codifica. Per i DRG in cui è previsto l'utilizzo di protesi fino al 31 maggio 2013 si applicano le tariffe di cui ai DD.AA. n. 1872/2012 e n. 1873/2012 mentre a decorrere dall'1 giugno 2013 si applicheranno le nuove tariffe che saranno introdotte con un decreto assessoriale di prossima adozione;

Ritenuto che il budget da assegnare alle singole strutture per i DRG cosiddetti "in fuga" dovrà determinarsi in proporzione al valore della produzione erogata nell'anno 2012 rispetto ai DRG inseriti nell'allegata tabella "A" e comunque entro il limite massimo dei tetti di spesa provinciali sotto riportati:

AZIENDA	Importi DRG in fuga
ASP DI AGRIGENTO	110.000,00
ASP DI CALTANISSETTA	877.000,00
ASP DI CATANIA	2.209.000,00
ASP DI MESSINA	1.015.000,00
ASP DI PALERMO	2.974.000,00
ASP DI RAGUSA	837.000,00
ASP DI SIRACUSA	846.000,00
ASP DI TRAPANI	132.000,00
TOTALE	9.000.000,00

Le eventuali economie che si realizzano in ambito provinciale nei tetti di spesa per "DRG fuga" potranno essere ridistribuite in favore di quelle strutture della pro-

vincia che eventualmente hanno registrato una maggiore produzione, a condizione che i direttori generali delle ASP attraverso motivate ed accertate esigenze provvedano a rinegoziare, entro e non oltre il 30 novembre 2013, i budget delle strutture senza che questo influenzi o determini automatismi nella definizione del budget per l'anno successivo;

Ritenuto, per le suddette finalità, di dovere fare carico ai direttori generali delle aziende sanitarie provinciali di operare un sistematico monitoraggio sull'andamento dell'attività erogata dalle case di cura per i DRG in "fuga" e sulla relativa spesa, oltre che sul rispetto delle condizioni previste dal contratto sottoscritto sulla base dello schema di cui all'allegato C al presente provvedimento, in esito alle procedure negoziali con le singole strutture erogatrici;

Decreta:

Art. 1

Per quanto previsto in premessa che qui si intende interamente richiamato, l'aggregato regionale per l'assistenza ospedaliera da privato per l'anno 2013 delle case di cura è determinato in € 474.453.000,00, sulla base della spesa consuntivata per l'anno 2011 decurtata nella misura dell'1%, ed allo stesso sono apportate le seguenti rettifiche:

- accantonamento della quota complessiva di euro 3.000.000,00 per la chiusura temporanea della casa di cura Santa Rita di Messina;
- accantonamento della quota complessiva di euro 2.600.000,00 per la chiusura temporanea della casa di cura Stagno di Palermo;
- riconoscimento di euro 1.500.000,00, quale quota spettante, per il solo anno 2013, per la remunerazione delle sole prestazioni di cardiocirurgia che saranno rese, oltre il budget assegnato, dalla casa di cura Villa Maria Eleonora di Palermo, per effetto della chiusura temporanea del reparto di cardiocirurgia dell'Azienda ospedaliera universitaria Policlinico di Palermo la cui attivazione è prevista per la fine del prossimo mese di luglio 2013;
- incremento di € 2.218.000,00, per il solo anno 2013, delle risorse dedicate ai DRG in "fuga".

Pertanto, la composizione dell'aggregato regionale anno 2013 con i relativi tetti di spesa è così definito:

	spesa 2011	spesa 2011 -1%	Rettifiche	Importi ridistribuiti
attività di ricovero	463.738.000,00	459.101.000,00	- 4.100.000,00	455.001.000,00
attività extra Regione	8.657.000,00	8.570.000,00		8.570.000,00
DRG in "fuga"	6.850.000,00	6.782.000,00	2.218.000,00	9.000.000,00
TOTALE	479.245.000,00	474.453.000,00	- 1.882.000,00	472.571.000,00
quota accantonata 2013				1.882.000,00
TOTALE				474.453.000,00

Art. 2

Le aziende sanitarie provinciali per l'assegnazione dei budget anno 2013 alle case di cura accreditate di media e alta specialità disporranno ciascuna delle somme specifi-

cate nella seguente tabella, oltre a quanto disciplinato e previsto dai successivi articoli (mobilità extra Regione - DRG in "fuga").

AZIENDA		QUOTA LUNGODEGENZA	QUOTA RIABILITAZIONE	QUOTA RICOVERI PER ACUTI	AGGREGATI PER ANNO 2013
ASP DI AGRIGENTO	AG	—	—	12.342.000,00	12.342.000,00
ASP DI CALTANISSETTA	CL	255.800,00	3.667.000,00	10.591.200,00	14.514.000,00
ASP DI CATANIA	CT	2.049.100,00	33.382.700,00	118.625.200,00	154.057.000,00
ASP DI MESSINA	ME	613.800,00	8.738.800,00	57.270.400,00	66.623.000,00
ASP DI PALERMO*	PA	1.639.300,00	6.085.700,00	140.556.000,00	148.281.000,00
ASP DI RAGUSA	RG	—	2.340.700,00	5.324.300,00	7.665.000,00
ASP DI SIRACUSA	SR	562.700,00	4.603.300,00	30.920.000,00	36.086.000,00
ASP DI TRAPANI	TP	—	2.496.700,00	12.936.300,00	15.433.000,00
Totale		5.069.500,00	60.770.700,00	389.160.800,00	455.001.000,00

* L'aggregato provinciale di Palermo comprende il budget della struttura Villa Maria Eleonora pari a complessivi euro 24.997.000,00 di cui euro 618.000,00 per Riabilitazione ed euro 24.379.000,00 per Ricoveri Ordinari. Tale ultima quota comprende euro 1.500.000,00, attribuita per il solo anno 2013 e destinata a remunerare esclusivamente le maggiori prestazioni di cardiocirurgia che saranno rese per effetto della chiusura temporanea del reparto di cardiocirurgia dell'Azienda ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo.

Art. 3

Il valore dell'aggregato per l'assistenza ospedaliera da privato per l'anno 2013 comprende anche la valorizzazione delle prestazioni erogate nei posti letto di residenzialità psichiatrica di cui al Piano operativo regionale 2010-2012 (azione 1.4).

Art. 4

Nella determinazione e assegnazione dei budget 2013 delle case di cura, che dovrà essere effettuata sulla base del rapporto tra il budget attribuito nell'anno 2012, al lordo del 3% di cui all'art. 3 del D.A. n. 1060 del 4 giugno 2012 come modificato dal D.A. n. 1766 del 6 settembre 2012, e i tetti di spesa provinciali di cui all'art. 2 del presente decreto, le AA.SS.PP. dovranno tenere distinte le quote per acuti, lungodegenza e riabilitazione.

Art. 5

Alle case di cura con budget misto è consentito di spostare, entro i limiti del budget complessivo assegnato, la minore produzione di attività verificatasi nelle tipologie di prestazioni relative a lungodegenza e riabilitazione, nella misura massima del 5%, in favore dell'attività per acuti, mentre in caso di minore produzione verificatasi nell'attività per acuti, lo spostamento è consentito nella misura massima del 10%, ed entro i limiti del budget complessivo, in favore delle tipologie di attività relative alla lungodegenza ed alla riabilitazione.

Le eventuali economie che si realizzano in ambito provinciale, in ciascun aggregato per tipologia, devono essere ridistribuite all'interno dello stesso, a condizione che i direttori generali delle ASP attraverso motivate ed accertate esigenze provvedano a rinegoziare, entro e non oltre il 30 novembre 2013, i budget delle strutture, senza che questo influenzi o determini automatismi nella definizione del budget per l'anno successivo.

Le case di cura potranno erogare prestazioni ambulatoriali, ad eccezione delle prestazioni di laboratorio di analisi, esclusivamente per ottemperare alla presa in carico e per assicurare la continuità assistenziale ai pazienti per l'episodio di malattia che ha determinato il ricovero e per le prestazioni ad esso correlate, senza alcuna estensio-

ne diretta o indiretta del rapporto contrattuale in essere e nel limite massimo del 3% del budget che sarà assegnato per effetto del presente decreto.

Art. 6

Alle singole case di cura per le prestazioni di ricovero per acuti erogate in favore dei cittadini di altre regioni (mobilità attiva extra-regionale), per effetto di quanto disposto dall'articolo 25 della legge regionale n. 5/2009, comma 1, lett. f), come modificato dal comma 7 dell'art. 71 della legge regionale 15 maggio 2013 n. 9, verrà assegnato un budget in proporzione all'attività sanitaria dalle medesime erogata e riconosciuta nell'anno 2012 e comunque entro il limite massimo dei tetti di spesa provinciali sotto riportati:

AZIENDA	Importi
ASP DI AGRIGENTO	33.000,00
ASP DI CALTANISSETTA	57.000,00
ASP DI CATANIA	1.434.000,00
ASP DI MESSINA	6.128.000,00
ASP DI PALERMO	544.000,00
ASP DI RAGUSA	49.000,00
ASP DI SIRACUSA	233.000,00
ASP DI TRAPANI	92.000,00
TOTALE	8.570.000,00

Ai fini della remunerazione delle prestazioni erogate in mobilità attiva, si dovrà tenere conto delle decorrenze previste dai singoli tariffari regionali nei diversi periodi vigenti, applicando i criteri di seguito indicati:

- 1) per i ricoveri per acuti si riconoscerà:
 - 80% per prestazioni rese con peso minore o uguale a 1,7;
 - 90% per prestazioni rese con peso maggiore di 1,7 e minore o uguale a 2,5;
 - 95% per prestazioni rese con peso maggiore di 2,5;

2) per le prestazioni di riabilitazione e/o di lungodegenza ai cittadini provenienti da altre regioni, si ricono-

scerà la corrispondente tariffa ridotta del 20%. La riduzione del 20% sarà applicata anche sulla tariffa che si determina dopo il 60 (sessantesimo) giorno di ricovero.

Le case di cura sono tenute a produrre separatamente alle ASP le fatture comprovanti le prestazioni erogate in favore dei cittadini di altre regioni (mobilità attiva extra-regionale).

Le eventuali economie che si realizzano nell'ambito di ciascuna provincia, nei tetti di spesa per "extra regione" potranno essere ridistribuite in favore di quelle strutture della stessa provincia che hanno registrato una maggiore produzione, in mobilità attiva extra regione, rispetto al budget assegnato.

L'ulteriore produzione extra regione eventualmente prodotta dalle singole strutture oltre i rispettivi tetti di spesa potrà essere remunerata solo nei tempi ed agli esiti delle procedure di compensazione fra le regioni interessate alla mobilità attiva/passiva.

Art. 7

È obiettivo dei direttori generali delle aziende sanitarie provinciali il raggiungimento dei livelli di appropriatezza e di qualità di assistenza secondo quanto previsto dal nuovo Patto della salute. In sede di stipula dei contratti con le singole case di cura, le aziende individuano, riportandole nel contratto, le prestazioni relative a ricoveri inappropriati che la struttura si impegna a ridurre e le eventuali prestazioni che invece si impegna a rendere in modo rispondente ai criteri di appropriatezza e all'effettivo fabbisogno. Pertanto, i contratti da sottoscrivere tra le ASP e le case di cura private accreditate dovranno riportare, secondo la mission della struttura, il volume complessivo delle prestazioni contrattualizzate, il service-mix e il livello di appropriatezza delle procedure secondo quanto previsto dagli obiettivi fissati per le aziende per l'anno 2013.

Art. 8

Al fine di ridurre le prestazioni di ricovero rese in mobilità passiva, è prevista la possibilità, per le strutture private accreditate, di erogare le prestazioni nell'ambito di quelle previste nell'allegata tabella "A", che fa parte integrante del presente decreto, per le quali si registra una maggiore "fuga" verso altre regioni di pazienti siciliani, tenendo conto degli appropriati setting assistenziali e nei limiti percentuali della distribuzione delle prestazioni previste per ciascun DRG dal D.A. 5 novembre 2010 e s.m.i.

Art. 9

Le prestazioni relative ai DRG cosiddetti "in fuga" di cui alla tabella "A" allegata, rese da ciascuna casa di cura nel 2013 complessivamente in numero maggiore rispetto alla media delle prestazioni erogate dalla medesima struttura nel quadriennio 2009-2012 - ad eccezione dei DRG di nuova introduzione "546" e "573" per i quali il raffronto sarà determinato con riferimento al biennio 2011-2012 - saranno remunerate per la parte eccedente nella misura del 70% della tariffa prevista dai singoli tariffari regionali nei diversi periodi vigenti e comunque entro il limite massimo dei budget assegnati per tali finalità alle singole case di cura. Per l'allineamento dei DRG tra la versione 19 in vigore fino al 2010 e la versione 24, in vigore a partire dall'1 gennaio 2011, si rinvia all'apposita allegata tabella "B" di codifica. Per i DRG in cui è previsto l'utilizzo di protesi fino al 31 maggio 2013 si applicano le tariffe di cui ai DD.AA. n. 1872/2012 e n. 1873/2012 mentre a decorrere dall'1 giugno 2013 si applicheranno le nuove tariffe che

saranno introdotte con un decreto assessoriale di prossima adozione.

Per le suddette prestazioni alle singole strutture verrà assegnato un budget in proporzione all'ammontare complessivo della produzione erogata nell'anno 2012 sulla base dei DRG inseriti nell'allegata tabella "A" e comunque entro il limite massimo dei tetti di spesa provinciali sotto riportati:

AZIENDA	Importi DRG in fuga
ASP DI AGRIGENTO	110.000,00
ASP DI CALTANISSETTA	877.000,00
ASP DI CATANIA	2.209.000,00
ASP DI MESSINA	1.015.000,00
ASP DI PALERMO	2.974.000,00
ASP DI RAGUSA	837.000,00
ASP DI SIRACUSA	846.000,00
ASP DI TRAPANI	132.000,00
TOTALE	9.000.000,00

Le eventuali economie che si realizzano in ambito provinciale nei tetti di spesa per "DRG fuga" potranno essere ridistribuite in favore di quelle strutture della provincia che eventualmente hanno registrato una maggiore produzione, a condizione che i direttori generali delle ASP attraverso motivate ed accertate esigenze provvedano a rinegoziare, entro e non oltre il 30 novembre 2013, i budget delle strutture senza che questo influenzi o determini automatismi nella definizione del budget per l'anno successivo.

Art. 10

È fatto obbligo alle aziende sanitarie provinciali di trasmettere alla Regione - Assessorato della salute - i traccianti relativi alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali entro il 15° giorno del mese successivo a quello di riferimento. I traccianti dovranno essere accompagnati da attestazione idonea a certificare la completezza e la qualità dei dati contenuti.

Art. 11

Le aziende sanitarie provinciali, ai fini dei contratti relativi all'esercizio 2013 utilizzeranno lo schema di contratto di cui all'allegato "C" al presente decreto.

Per le strutture sanitarie private accreditate che non sottoscrivono il contratto di cui al precedente comma, ovvero chiedono di apporre riserve in ordine alla proposta contrattuale come formulata dalle ASP competenti - fatto salvo ovviamente il diritto di adire l'autorità giudiziaria - con decorrenza dal giorno successivo a quello previsto per la firma del contratto, cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8 quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. n. 502/1992 (introdotto dal comma 1 quinquies dell'art. 79 del D.L. n. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008). Pertanto, in caso di mancato accordo contrattuale per l'anno 2013, le ASP accantoneranno a valore sul limite di spesa dell'aggregato, senza possibilità di utilizzo alcuno, le somme eventualmente spettanti al ricorrente, fino alla definizione del contenzioso.

Art. 12

I direttori generali delle aziende sanitarie provinciali dovranno espletare le attività negoziali con i soggetti ero-

gatori entro 30 giorni dalla notifica del presente decreto, secondo i criteri indicati nel presente provvedimento. Si fa obbligo ai direttori generali di inviare all'Assessorato, nei 15 giorni successivi, sia in forma cartacea che in formato elettronico, i contratti sottoscritti con gli stessi erogatori.

Art. 13

Le aziende sanitarie provinciali procederanno alla preventiva verifica dei requisiti e a tutti gli adempimenti richiesti dalla normativa vigente ai fini della contrattualizzazione e della liquidazione delle prestazioni alle case di cura.

Art. 14

È fatto obbligo ai direttori generali delle aziende sanitarie provinciali di operare un sistematico monitoraggio sull'andamento dell'attività erogata dalle case di cura per i DRG in "fuga" e sulla relativa spesa, oltre che sul rispetto delle condizioni previste dal contratto sottoscritto sulla base dello schema di cui all'allegato C al presente provvedimento, in esito alle procedure negoziali con le singole strutture erogatrici.

Art. 15

Gli oneri che scaturiscono dal presente decreto trovano copertura nell'ambito delle risorse del fondo sanitario regionale assegnate, in sede di negoziazione, per quota capitaria alle aziende sanitarie provinciali della Regione siciliana.

Art. 16

Il presente decreto sarà notificato alle aziende sanitarie provinciali e, da queste, a tutti i centri privati accreditati che erogano prestazioni di ricovero.

Il presente decreto sarà trasmesso alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per la relativa pubblicazione.

Palermo, 22 luglio 2013.

BORSELLINO

Allegato A

Drg	Tipo	Descrizione
8	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC
36	C	Interventi sulla retina
42	C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino
49	C	Interventi maggiori sul capo e sul collo
53	C	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni
75	C	Interventi maggiori sul torace
104	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco
105	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco
108	C	Altri interventi cardiotoracici
111	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC
155	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC
191	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC
192	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC
212	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni

216	C	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo
217	C	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo
223	C	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC
225	C	Interventi sul piede
227	C	Interventi sui tessuti molli senza CC
286	C	Interventi sul surrene e sulla ipofisi
288	C	Interventi per obesità
290	C	Interventi sulla tiroide
303	C	Interventi su rene e uretere per neoplasia
305	C	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC
334	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC
335	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC
353	C	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale
357	C	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi
406	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC
407	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC
408	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi
471	C	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori
481	C	Trapianto di midollo osseo
482	C	Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo
491	C	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori
496	C	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato
497	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC
498	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC
500	C	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC
503	C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
518	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA
520	C	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC
532	C	Interventi sul midollo spinale senza CC
539	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC
540	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC
544	C	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori
545	C	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio
546	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna
568	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore
570	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore
573	C	Interventi maggiori sulla vescica
9	M	Malattie e traumatismi del midollo spinale
12	M	Malattie degenerative del sistema nervoso
145	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC
45	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC

Allegato B

Tabella di Transcodifica A 2012

Drq 24	Tipo	Descrizione	DRG 19(*)
8	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	8
36	C	Interventi sulla retina	36
42	C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	42
49	C	Interventi maggiori sul capo e sul collo	49
53	C	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	53
75	C	Interventi maggiori sul torace	75
104	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	104
105	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	105
108	C	Altri interventi cardiotoracici	108
111	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	111
155	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	155
191	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	191
192	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	192
212	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	212
216	C	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	216
217	C	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	217
223	C	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	223
225	C	Interventi sul piede	225
227	C	Interventi sui tessuti molli senza CC	227
286	C	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	286
288	C	Interventi per obesità	288
290	C	Interventi sulla tiroide	290
303	C	Interventi su rene e uretere per neoplasia	303
305	C	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	305
334	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	334
335	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	335
353	C	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	353
357	C	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	357
406	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	406
407	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	407
408	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	408
471	C	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	471
481	C	Trapianto di midollo osseo	481
482	C	Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	482
491	C	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	491
496	C	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	496
497	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	497
498	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	498
500	C	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	500
503	C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	503
518	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	518
520	C	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	520
532	C	Interventi sul midollo spinale senza CC	4
539	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	400
540	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	400
544	C	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	209
545	C	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	209
546	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	nuova introduzione
568	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	154
570	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	148
573	C	Interventi maggiori sulla vescica	nuova introduzione
9	M	Malattie e traumatismi del midollo spinale	9
12	M	Malattie degenerative del sistema nervoso	12
145	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	145
245	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	245

Allegato C

Contratto tra l'ASP di e la Casa di cura

L'anno il giorno del
mese di in
presso i locali dell'Azienda Sanitaria Provinciale di
con sede in

Sono presenti

L'Azienda sanitaria provinciale di
partita iva codice fiscale (se diverso
dalla partita iva)
rappresentata dal direttore generale dr.
nato a il munito dei
necessari poteri come da decreto di nomina n. del
e domicilio, ai fini del presente atto, presso la sede dell'Azienda
medesima

E

La Casa di cura
(indicare la ragione sociale) **codice struttura**
partita iva: codice fiscale (se diverso dalla
partita iva) con sede in
(prov.: CAP:) via n.
rappresentata dal/la Signor/a
codice fiscale: domiciliato/a
per la carica presso la sede della struttura, il/la quale, consapevole
delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi
dell'art. 76 T.U. n. 445/2000 e s.m.i., dichiara:

- a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentante
legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente
documentazione allegata al presente atto:
 - Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del
consiglio di amministrazione e i poteri di rappresentanza -
oppure - copia autentica dello statuto vigente e del verbale
dell'assemblea dei soci di conferimento dei poteri agli
amministratori;
 - Fotocopia della carta di identità e del codice fiscale;
- b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di
liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di
tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni - oppure - si trova
in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di
.....
- c) di essere in regola con la normativa in materia di antinfortunistica,
impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute e
di sicurezza sul lavoro;

Per

Regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza
ospedaliera, in conformità al decreto dell'Assessore per la salute della
Regione siciliana n. del

Premesso

- che lo strumento indispensabile per garantire l'equilibrio
finanziario del sistema sanitario regionale, secondo anche le
peculiarità esigenze derivanti dalla Programmazione Regionale
e degli atti connessi e/o consequenziali, è dato dalla metodolo-
gia della fissazione dei tetti di spesa - e cioè di aggregati di
risorse del Fondo sanitario regionale da destinare ai singoli
comparti;
- che con delibera n. 497 del 30 dicembre 2010, la Giunta regio-
nale ha approvato il programma operativo 2010/2012 per la
prosecuzione del piano di contenimento e riqualificazione del siste-
ma sanitario regionale 2007/2009, ai sensi dell'art. 11 del
D.L. 31 maggio 2010 n. 78 convertito in legge 30 luglio 2010 n.
122;
- che la Giunta regionale nella seduta del 27 giugno 2013 ha
apprezzato il Programma operativo 2013/2015 per la prosecu-
zione del piano di consolidamento e riqualificazione del siste-
ma sanitario regionale 2010/2012, ai sensi dell'art. 11 del D.L.
31 maggio 2010 n. 78 convertito in legge 30 luglio 2010 n. 122,
in corso di verifica e approvazione da parte dei Ministeri com-
petenti;
- che la disciplina recata nel presente contratto per l'intero anno
2013 assorbe in sé e sostituisce quella relativa al periodo dall'1
gennaio 2013 alla data di sottoscrizione del presente;
- che l'Azienda con nota di convocazione prot. n.

del ha dato avvio al procedimento di
negoiazione del budget individuale per l'anno 2013;

Le parti come sopra individuate,

Visti

- l'art. 8/quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992,
n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
- l'art. 28 ed, in particolare, il comma 6 della legge regionale 26
marzo 2002, n. 2, il quale dispone che i direttori generali delle
Aziende unità sanitarie locali, oggi AA.SS.PP., negoziano pre-
ventivamente con gli erogatori sanitari privati l'ammontare
delle prestazioni erogabili per conto del servizio sanitario
regionale nei limiti dei budget predeterminati dalla Regione,
tenendo conto della qualità delle prestazioni erogate, della
programmazione regionale, del fabbisogno di assistenza indi-
viduato dalla Regione e dei propri vincoli finanziari di bilan-
cio;
- il D.A. n./2013 con il quale vengono determinati gli
aggregati per l'anno 2013 per la ospedalità privata dichiarando
invalicabile l'aggregato regionale per l'intero comparto ed i
singoli aggregati provinciali;

Stipulano quanto segue

Art. 1

Le premesse costituiscono parte integrante del presente con-
tratto.

Art. 2

1. L'ammontare del budget massimo attribuibile alla casa di
cura per le prestazioni da erogare
ai pazienti residenti nel territorio regionale siciliano, è deter-
minato per l'anno 2013, in euro compren-
sivo delle quote già assegnate alla data di sottoscrizione del
presente contratto distinto:
 - a. PER ACUTI €
 - b. PER RIABILITAZIONE €
 - c. PER LUNGODEGENZA €
 2. Alla casa di cura è consentito di spostare, entro i limiti del
budget complessivo assegnato, la minore produzione di atti-
vità verificatasi nelle tipologie di prestazioni relative a lungo-
degenza e riabilitazione, nella misura massima del 5%, in
favore dell'attività per acuti, mentre in caso di minore produ-
zione verificatasi nell'attività per acuti, lo spostamento è con-
sentito, nella misura massima del 10%, in favore delle tipolo-
gie di attività relative alla lungodegenza ed alla riabilitazione.
 3. La casa di cura non potrà erogare nel 2013 un volume di pre-
stazioni in regime di ricovero ospedaliero e/o allo stesso assi-
milato che comporti un onere economico a carico dell'ASP
maggiore del limite di spesa fissato al comma precedente,
fermo restando che la casa di cura è soggetta all'osservanza
della normativa nazionale e regionale in materia di approp-
riatezza dei ricoveri ospedalieri.
 4. La casa di cura si impegna a migliorare il livello di appropria-
tezza dei ricoveri, in particolare riducendo i ricoveri inapprop-
riati afferenti ai seguenti DRG's:
 -
 -
 -
 -
 -
 e ad erogare le seguenti prestazioni rispondenti ai criteri di
appropriatezza e all'effettivo fabbisogno dell'Azienda:
 -
 -
 -
 -
 -
 5. È attribuito, per l'intero anno 2013, per le prestazioni da eroga-
re ai pazienti extra regione un budget di euro, de-
terminato in proporzione all'attività sanitaria prodotta nell'an-
no 2012. Per il riconoscimento delle prestazioni erogate in mo-
bilità attiva, secondo i singoli tariffari regionali nei diversi pe-
riodi vigenti, si applicheranno i criteri di seguito indicati:
 - a) per i ricoveri per acuti si riconoscerà:
 - 80% per prestazioni rese con peso minore o uguale a 1,7;
 - 90% per prestazioni rese con peso maggiore di 1,7 e
minore o uguale a 2,5;
 - 95% per prestazioni rese con peso maggiore di 2,5;
 - b) per le prestazioni di riabilitazione e/o di lungodegenza ai
cittadini provenienti da altre regioni, si riconoscerà la cor-
rispondente tariffa ridotta del 20%. La riduzione del 20%
sarà applicata anche sulla tariffa che si determina dopo il
60 (sessantesimo) giorno di ricovero.
- Le case di cura sono tenute a produrre separatamente alle ASP
le fatture comprovanti le prestazioni erogate in favore dei citta-

dini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale). La mancata evidenza separata della contabilizzazione comporterà la perdita automatica della remunerazione di tali prestazioni.

Le eventuali economie che si realizzano nell'ambito di ciascuna provincia, nei tetti di spesa per "extra regione" potranno essere ridistribuite in favore di quelle strutture della stessa provincia che hanno registrato una maggiore produzione, in mobilità attiva extra regione, rispetto al Budget assegnato.

La maggiore produzione eventualmente prodotta dalla struttura rispetto al budget assegnato, che non trova copertura nelle economie che si realizzano nell'ambito delle stessa Provincia per le prestazioni di mobilità attiva cosiddetta "extra regione", potrà essere remunerata solo nei tempi ed agli esiti delle procedure di compensazione fra le Regioni interessate alla mobilità attiva/passiva.

Per tale maggiore produzione, le Case di Cura emetteranno regolare fattura soltanto dopo la comunicazione del riconoscimento delle prestazioni da parte dell'ASP.

6. È attribuito, per l'intero anno 2013, per le prestazioni di ricovero relative ai DRG cosiddetti "in fuga" di cui alla tabella "A" allegata al D.A. n./2013 un budget di euro determinato rispetto al tetto provinciale in proporzione all'ammontare complessivo della produzione erogata dalla casa di cura nell'anno 2012. Le prestazioni relative ai DRG cosiddetti "in fuga" di cui alla tabella "A" allegata al D.A. n. del, rese dalla casa di cura nel 2013 complessivamente in numero maggiore rispetto alla media delle prestazioni erogate dalla medesima struttura nel quadriennio 2009-2012 - ad eccezione dei DRG di nuova introduzione n. "546" e n. "573" per i quali il raffronto sarà determinato con riferimento al biennio 2011-2012 - saranno remunerate, per la parte eccedente, nella misura del 70% della tariffa prevista dai singoli tariffari regionali nei diversi periodi vigenti e comunque entro il limite massimo del budget assegnato per tali finalità con il presente punto. Per l'allineamento dei DRG tra la versione 19 in vigore fino al 2010 e la versione 24, in vigore a partire dall'1 gennaio 2011, si rinvia all'apposita allegata tabella "B" di codifica. Per i DRG in cui è previsto l'utilizzo di protesi fino al 31 maggio 2013 si applicano le tariffe di cui ai DD.AA. n. 1872/2012 e n. 1873/2012 mentre a decorrere dal 1° giugno 2013 si applicheranno le nuove tariffe che saranno introdotte con un decreto assessoriale di prossima adozione.

Art. 3

1. La casa di cura si impegna a trasmettere all'Azienda sanitaria provinciale la fatturazione ed il flusso "A", entro il decimo giorno successivo al mese di riferimento, garantendo l'allineamento del fatturato alle prestazioni effettivamente riconosciute ed economicamente liquidabili. Il rispetto della tempistica di invio dei dati e il loro allineamento sono condizione vincolante per la liquidazione delle prestazioni. Il mancato rispetto della tempistica di invio dei dati, comporterà la sospensione del pagamento delle prestazioni, rinviando a successive verifiche eventuali conguagli.

Art. 4

1. La remunerazione delle prestazioni alla casa di cura avverrà sulla base dei singoli tariffari regionali nei diversi periodi vigenti, e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare, se non espressamente previsto da provvedimenti regionali, aumento del limite di spesa di cui all'art. 2 del presente contratto.
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nel 2013 dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti.
3. La casa di cura si impegna ad erogare le prestazioni, per le singole mensilità, mediamente in proporzione ai budget assegnati, in modo tale da garantire per il periodo di riferimento e quindi per l'intero anno l'assistenza sanitaria di propria competenza.
4. Le prestazioni eccedenti i limiti fissati per l'anno 2013 non potranno in alcun caso essere remunerate e ove fatturate, dovranno essere stornate con apposite note di credito di pari importo, fatto salvo quanto previsto al precedente comma 1.

Art. 5

1. A fronte delle prestazioni erogate, riconosciute e fatturate, l'ASP corrisponderà alla struttura privata

mensilmente un importo non superiore ad 1/12 del budget assegnato nel 2013 detratta, sempre nella misura di 1/12, la quota corrispondente alle prestazioni inappropriate eventualmente non riconosciute nell'anno precedente rispetto al budget 2012. Il diritto al pagamento dei suddetti importi maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono o se successivi dalla data di avvenuta acquisizione da parte dell'ASP dei flussi delle prestazioni e delle relative fatture.

2. Per l'anno 2013 i conguagli e i pagamenti dei relativi saldi, ove dovuti, saranno effettuati come segue: entro il 15 settembre per le prestazioni del 1° e 2° trimestre, entro il 15 novembre per le prestazioni del 3° trimestre, entro il 15 marzo dell'anno successivo per le prestazioni del 4° trimestre e, ove necessario, dell'intero anno.
3. Ai fini della regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento del saldo annuale è subordinata al ricevimento da parte dell'ASP delle eventuali note di credito di rettifica richieste per effetto dei risultati dei controlli di regolarità delle prestazioni. In mancanza l'ASP provvederà a norma di legge ad emettere i relativi documenti fiscali di rettifica annuale, con l'obbligo di inviare il documento auto-emesso al soggetto contraente e all'Agenzia delle Entrate.

Art. 6

Le eventuali cessioni di credito a terzi, in forza del presente contratto, possono essere effettuate, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, soltanto in favore degli enti pubblici previdenziali assistenziali ed assicurativi, decorsi 90 giorni dalla data di ricezione della fattura. Negli altri casi le cessioni di credito a terzi dovranno essere preventivamente autorizzate dall'ASP.

Art. 7

La casa di cura, in conformità a quanto prescritto dalla direttiva dell'Assessore regionale per la sanità 9 febbraio 2009, prot. n. 1410, in materia di stipula di contratti, che si applica integralmente anche al presente atto, si impegna a:

- a) denunciare all'Autorità giudiziaria e/o agli Organi di Polizia ogni illecita richiesta di danaro, prestazione od altra utilità formulata anche prima della stipula del contratto o nel corso dell'esecuzione del contratto stesso, anche a propri agenti, rappresentanti o dipendenti e, comunque, ogni illecita interferenza specificamente nella fase di adempimento del contratto, o eventuale sottoposizione ad attività estorsiva o a tasso usurario da parte di organizzazioni o soggetti criminali;
- b) rispettare puntualmente la normativa in materia di contratti di lavoro, di sicurezza nei luoghi di lavoro ed in materia previdenziale e di tracciabilità dei flussi finanziari;
- c) rispettare integralmente le direttive assessoriali in materia di stipula dei contratti e precisamente prot. n. 1495 dell'11 febbraio 2009; prot. n. 2255 del 22 marzo 2010; prot. n. 3477 del 29 aprile 2010; prot. n. 33084 del 28 settembre 2010 e prot. n. 38258 del 15 ottobre 2010.
- d) porre in essere, con adeguata diligenza e tempestività, ogni attenta valutazione sulla possibilità dell'adozione di provvedimenti disciplinari e cautelari previsti dalla vigente contrattazione collettiva di riferimento, qualora un dipendente della struttura privata abbia riportato una condanna non definitiva per uno dei reati di cui all'articolo 15, comma 1, lett. a), della legge 19 marzo 1990, n. 55. A tal fine la struttura sanitaria privata, avuta comunicazione certa della motivazione della sentenza, anche a seguito di comunicazione circostanziata da parte dell'Azienda sanitaria provinciale territorialmente competente, avvia le valutazioni entro una settimana comunicando comunque l'esito all'ASP entro e non oltre trenta giorni.

La violazione debitamente accertata delle obbligazioni assunte in conformità a quanto previsto sub a), b) e d), costituirà causa di risoluzione del contratto, ai sensi degli artt. 1455 e 1456 del codice civile, attesa l'importanza degli adempimenti richiesti e per come in tal senso espressamente convenuto.

Art. 8

L'Azienda sanitaria provinciale opererà un sistematico monitoraggio sull'andamento dell'attività erogata dalla casa di cura anche per i DRG in "fuga" e sulla relativa spesa, oltre che sul rispetto delle condizioni previste dal presente contratto.

Art. 9

1. La casa di cura si assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della L. 13 agosto 2010, n. 136 e s.m.i. Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale,

ovvero degli altri strumenti di incasso o pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 3, comma 9-bis della L. n. 136/2010.

2. La casa di cura si impegna, inoltre, a dare immediata comunicazione all'Azienda sanitaria provinciale ed alla Prefettura - Ufficio territoriale di governo competenti territorialmente della notizia dell'impedimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Art. 10

Il presente contratto è soggetto a registrazione solo in caso d'uso, ai sensi dell'art. 10, parte II del D.P.R. 26 aprile 1986, n. 131.

Le spese di bollo, ove dovute, sono a cura e carico

Art. 11

1. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto e/o di ogni altro rapporto della struttura sanitaria privata con il Servizio sanitario regionale è di competenza esclusiva del Giudice ordinario/ amministrativo che ha la giurisdizione sul territorio in cui ha sede l'Azienda sanitaria provinciale di con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti contraenti.

Letto, confermato e sottoscritto

La casa di cura / legale rappresentante della struttura

Il direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di

Ai sensi dell'art. 1341, comma 2, del codice civile le clausole di cui agli articoli 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8 sono specificamente approvati dalle parti.

La casa di cura / legale rappresentante della struttura

Il direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di

(2013.30.1796)102

DECRETO 22 luglio 2013.

Modifica e integrazione del decreto 17 ottobre 2012, concernente Rete reumatologica regionale.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni sul riordino della disciplina in materia sanitaria;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, recante "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale" in particolare, l'art. 2, comma 4, lett. a), della predetta legge regionale n. 5/2009, che dispone: "Il servizio sanitario regionale, in funzione di rigorosi ed accertati criteri e fabbisogni epidemiologici, promuove azioni volte a realizzare: a) una qualificata integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari anche attraverso il necessario trasferimento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio, nonché un compiuto coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e l'ottimale distribuzione sul territorio dei medici specialisti, favorendo l'instaurarsi di relazioni funzionali fra operatori ospedalieri e territoriali al fine di ottimizzare il sistema della continuità assistenziale nei processi di prevenzione, cura e riabilitazione"; nonché il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza" che indica la necessità di individuare percorsi diagnostico-terapeutici sia per il Livello di cura ospedaliera, sia per quello ambulatoriale;

Vista l'indagine conoscitiva effettuata nel 2010 dal Ministero della salute, Commissione igiene e sanità, sul-

l'andamento delle malattie ad andamento degenerativo di particolare importanza sociale con specifico riguardo alle malattie reumatiche;

Visto il Patto per la salute 2010-2012 giusta intesa della conferenza Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 finalizzato a migliorare la qualità di servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni che prevede, tra l'altro, la riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera;

Visto il documento sulla malattia reumatica approvato dal Senato della Repubblica italiana in data 8 marzo 2011;

Visto il Piano sanitario regionale 2011-2013 al cap. 6.1.1 che prevede la definizione di reti assistenziali fra le quali anche quella di reumatologia;

Vista la scheda progettuale per progetti di piano sanitario 2012 per la rete reumatologica condivisa e approvata dal collegio dei reumatologi ospedalieri italiani;

Viste le risultanze del tavolo tecnico appositamente costituito, che ha approvato il documento di riassetto e di rimodulazione della rete sul piano complessivo;

Visto il D.A. n. 804/11 "Rete regionale dei centri prescrittori" e successive modificazioni ed integrazioni;

Visto il D.A. n. 2187/12 "Rete reumatologica regionale";

Considerato che l'incidenza delle malattie reumatiche infantili è aumentata sensibilmente nel corso degli ultimi anni, si stima infatti che circa 1 bambino su 1.000 abbia una malattia reumatica cronica.

Spesso la malattia ha un decorso prolungato nel tempo e le cure devono protrarsi per molti anni associandosi in alcuni casi ad un'importante alterazione della qualità di vita e riducendo il grado di autosufficienza. Pertanto è facile comprendere come tali patologie possano essere ancora più invalidanti quando colpiscono un bambino, in cui l'aspettativa di vita è più lunga di un adulto e in cui la presenza di una patologia cronica determina un totale coinvolgimento familiare. Quindi si tratta di patologie con grande impatto sociale, costituendo nel loro complesso una delle maggiori cause di disabilità nel bambino. Tali malattie, per la loro complessità assistenziale, necessitano di un approccio multidisciplinare sia durante la fase diagnostica che nel follow-up;

Valutata la necessità di procedere all'adozione di provvedimenti ed azioni che contribuiscano alla diversificazione dell'offerta dell'assistenza sanitaria ai pazienti con patologie croniche reumatologiche, riorganizzando il sistema in modo da garantire il trattamento più adeguato ed appropriato coniugando l'esigenza tuttavia di deospedalizzare il malato anche in età pediatrica (costi, aspetti psicologici, riabilitativi);

Ritenuto necessario creare un percorso integrato tra i centri di riferimento già identificati nella rete reumatologica regionale e i centri di riferimento per l'assistenza reumatologica in età pediatrica per la valutazione, la gestione e il follow-up dei piccoli pazienti; definire la attivazione di PAC specifici al fine di rendere più rapido il percorso diagnostico; provvedere ad un attivo programma di presa in carico del piccolo paziente che vada incontro anche alle necessità non solo fisiche dei pazienti stessi;

Ritenuto di dovere garantire la continuità assistenziale sinergizzando le attività territoriali e ospedaliere anche per la rete reumatologica pediatrica;

Ritenuto in coerenza con le indicazioni del PSR, e del Comitato di governo clinico della Società italiana di reumatologia, di riorganizzare i presidi di reumatologia della