

REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento per la Pianificazione Strategica

L'ASSESSORE

DETERMINAZIONE AGGREGATI DI SPESA
PER L'ASSISTENZA SPECIALISTICA DA PRIVATO - ANNO 2016

- Visto** lo Statuto della Regione Siciliana;
- Visti** gli articoli 8 *quinquies* e *sexies* del D.lgs n.502/92 e s.m.i. di riordino della disciplina in materia sanitaria, emanato a norma dell'art.2 della Legge delega n.421/92;
- 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 Piano Sanitario Regionale 2011/13, approvato con D.P.R. n. 282 del 18 luglio 2011, previo parere della VI Commissione Legislativa che, nel richiamare i contenuti del Programma Operativo regionale, mira a perseguire il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;
- 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 Decreto Legge n. 95 del 6 luglio 2012, convertito con modificazioni dalla Legge 7 Agosto 2012 n.135 ed in particolare il comma 14 dell'art. 15, che prevede: "Ai contratti e agli 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 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";
- Visto** il DA n. 924/2013 del 14 maggio 2013 e s.m.i. con il quale sono state adottate, a far data dal 1° giugno 2013, le tariffe di cui al D.M. 18 ottobre 2012, pubblicato nella GURI n. 23 del 28.01.2013, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- Visto** il DA n.925/2013 del 14 maggio 2013 con il quale sono state adottate, a far data dal 1° giugno 2013, le tariffe per il trattamento dei pazienti affetti da uremia terminale;
- Visto** il DA n.1005/2013 del 23 maggio 2013 con il quale è stata adottata, a far data dal 1° giugno 2013, la tariffa per l'intervento di cataratta in regime ambulatoriale, come modificato dal DA 2146 del 14.11.2013;
- Visto** il DA n. 2428 del 17.12.2013 con il quale sono state disposte le indicazioni relative alla erogazione delle prestazioni di radioterapia, di medicina nucleare, TAC e RMN;
- Vista** la delibera n. 218 con la quale la Giunta regionale nella seduta del 27.6.2013 ha apprezzato il Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo 2013/2015 delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Servizio Sanitario Regionale, adottato con DA n.476 del 26 marzo 2014;
- Visto** l'art. 41 del D.Lgs 14/03/2013, n.33 e s.m.i. in materia di trasparenza del Servizio sanitario nazionale;
- Visto** il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, giusta Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 10 luglio 2014 che introduce i principi a garanzia dell'equilibrio economico e finanziario dell'intero sistema

sanitario nazionale e gli obiettivi finalizzati al miglioramento della qualità dei servizi e dell'appropriatezza delle prestazioni;

Visto il comma 4 dell'articolo 7 del Decreto-Legge 31 dicembre 2014, n.192 *"Proroga di termini previsti da disposizioni legislative"* con il quale le tariffe massime di cui al D.M. 18 ottobre 2012, pubblicato nella GURI n. 23 del 28.01.2013, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale restano in vigore fino al 31 dicembre 2015;

Visto il comma 3 dell'articolo 6 del Decreto-Legge 30 dicembre 2015, n.210 *"Proroga di termini previsti da disposizioni legislative"* (mille proroghe) convertito, con modificazioni, in Legge 25 febbraio 2016, n.21, pubblicato nella GURI n. 47 del 26.02.2016, che ha modificato l'art.15 del D.L. n.95 del 06 luglio 2012,che prevede: *"..omissis.....Le tariffe massime delle strutture che erogano assistenza ambulatoriale di cui al comma 15, valide dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro previsto dal medesimo comma 15, nonché le tariffe delle prestazioni relative all'assistenza protesica di cui all'articolo 2, comma 380, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, costituiscono riferimento fino alla data del 30 settembre 2016, per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica..... omissis"*.

Considerato che i tetti di spesa 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;

Considerato che, ai sensi dell'articolo 25 della legge regionale n.5/2009, anche per l'assistenza specialistica privata convenzionata la Regione è tenuta, sulla base delle risorse disponibili (Fondo Sanitario Regionale), a definire annualmente il tetto di spesa regionale attraverso la determinazione degli aggregati provinciali nonché a stabilire i criteri per la contrattazione, da parte dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali, dei budget da assegnare alle singole strutture e/o ai singoli specialisti accreditati;

Preso Atto che, secondo l'orientamento giurisprudenziale del TAR di Palermo, con le sentenze nn. 874/11 e 875/11, e meglio precisato con le successive decisioni n. 1699/12 e 2625/12, non risulta conforme al diritto comunitario, in applicazione dell'art. 25 L.R. n. 5/2009, che *"si precluda la possibilità di stipulare nuovi contratti a soggetti che non fossero già contrattualizzati ad una data certa, senza, invece, porre alcuna limitazione alla possibilità di implementare le prestazioni convenzionate a quei soggetti che, alla stessa data, avessero già un contratto"*;

Considerato che ulteriori e più recenti sentenze (167 del 21/01/2015 - 203 e 204 del 22/01/2015 Sez. III del TAR di Palermo) hanno rafforzato il principio dei ricorrenti, soggetti accreditati e non contrattualizzati, ad ottenere un trattamento paritario con i soggetti già inseriti nel SSR ponendo, altresì, in discussione il criterio storico dell'assegnazione del budget;

Visto il Decreto-Legge 19 giugno 2015, n.78 convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2015, n.125, ed, in particolare, il comma 7 dell'articolo 9 *quater*, che recita: *"Le regioni o gli enti del Servizio sanitario nazionale ridefiniscono i tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale interessati dall'introduzione delle condizioni e indicazioni di cui al presente articolo e stipulano o rinegoziano i relativi contratti. Per l'anno 2015 le regioni o gli enti del Servizio sanitario nazionale rideterminano il valore degli stessi contratti in modo da ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua da privato accreditato, di almeno l'1 per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014."*

Visto il Decreto del Ministero della Salute del 09 dicembre 2015 (G.U. Serie Generale , n. 15 del 20 gennaio 2016) e s.m.i. *"Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale"* e s.m.i.;

Visti i Decreti Assessoriali n. 2336 del 24 dicembre 2015, n.76 del 20 gennaio 2016 e n.872 dell'11 maggio 2016, con i quali sono stati determinati gli aggregati provinciali e regionali per branca per la specialistica ambulatoriale da privato per l'anno 2015;

2

- Preso Atto** che nel corso dell'incontro del 14/04/2016 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, è stata raggiunta l'intesa Rep. Atti n.62/CSR sulla proposta Ministeriale di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni del Fondo Sanitario Nazionale per l'anno 2016;
- Sentite**, ai sensi dell'articolo 25 della Legge regionale n.5/2009, le associazioni di categoria maggiormente rappresentative;
- Ritenuto** indispensabile, ai sensi dell'articolo 25 della legge regionale n.5/2009, definire l'aggregato di spesa regionale per l'assistenza specialistica ambulatoriale per l'anno 2016 ed i relativi tetti di spesa provinciali nonché i criteri per l'assegnazione dei budget alle singole strutture;
- Ritenuto** di determinare, per l'anno 2016, l'aggregato di spesa complessivo per l'assistenza specialistica ambulatoriale nella misura di euro **445.595.000,00** al netto del ticket e della quota fissa di euro 10,00 per ricetta per i soggetti non esenti da ticket comprensivo delle prestazioni erogate per attività extraregionale. Tale importo è determinato applicando i criteri individuati dal Decreto Legge n. 95 del 6 luglio 2012 convertito con modificazioni dalla Legge 7 Agosto 2012, n.135, nella parte in cui dispone al comma 14 dell'art. 15 che *"omissis... 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, ...omissis del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014"*;
- Preso Atto** che per le strutture a gestione diretta regionale il tetto di spesa per l'anno 2016 si attesta ad euro **18.836.000,00**;
- Ritenuto** di mantenere, per gli effetti del presente decreto, quale criterio che garantisca parità di trattamento all'ingresso dei nuovi soggetti da contrattualizzare (soggetti accreditati e non contrattualizzati), l'impostazione metodologica già prevista nel DA n.922/2015, orientata a definire il budget di ingresso nella misura di euro 32.000,00, determinato dalla media dei budget minimi di branca a livello regionale rilevati nell'anno 2013;
- Ritenuto**, pertanto, di destinare una somma pari a euro **6.900.000,00**, assegnata alle Aziende Sanitarie Provinciali sulla base della popolazione pesata secondo i criteri ministeriali per le finalità sotto elencate, previa verifica dei necessari presupposti da parte delle suddette ASP:
- 1) Eventuale contrattualizzazione di nuovi soggetti con un budget di ingresso pari a euro 32.000,00;
 - 2) attuazione di sentenze esecutive, risoluzione di contenziosi in atto o di potenziali contenziosi;
 - 3) attenuazione degli effetti della minore spesa consuntivata relativa a quelle strutture che, a causa di eventi straordinari documentati, non hanno espresso, nell'anno 2014 o 2015, la loro piena capacità produttiva;
 - 4) implementazione nelle aree geograficamente disagiate delle prestazioni specialistiche, ove carenti, determinate sulla base della rilevazione dei fabbisogni assistenziali da parte delle ASP.
 - 5) Eventuale finanziamento di fabbisogni aggiuntivi scaturenti dal trasferimento di strutture specialistiche convenzionate in altre province o dalla aggregazione di strutture aventi punti di accesso in diversi ambiti provinciali.
- Considerato** che, al fine di assicurare le necessarie risorse, per le prestazioni di natura *"salvavita"* di specialistica ambulatoriale afferenti alle branche di *"Radioterapia"* (branca 24) e *"Nefrologia"* (branca 13), l'aggregato di spesa complessivo regionale viene, prudenzialmente, determinato nella misura di euro **17.000.000,00** per la Radioterapia e di euro **111.100.000,00** per la Nefrologia;
- Ritenuto** di assumere quale base di calcolo per determinare i tetti di spesa per l'anno 2016 delle strutture a gestione accentrata ricadenti nelle province di Catania, Enna e Palermo la produzione erogata nell'anno 2014, al netto del ticket e della quota fissa per ricetta e comprensiva delle prestazioni erogate per attività extraregionale per un valore complessivo di euro **12.000.000,00**;
- Preso Atto**, per quanto sopra esposto, che le risorse disponibili da attribuire quale aggregato regionale di spesa per l'anno 2016 per tutte le branche, ad eccezione di quelle di Radioterapia e Nefrologia, al netto del ticket e della quota fissa per ricetta e comprensivo delle prestazioni erogate per attività extraregionale ammontano ad euro **279.759.000,00**, somma che viene distribuita proporzionalmente sulla base dei tetti di spesa individuati nell'anno 2015;
- Ritenuto**, quindi, di determinare l'aggregato di spesa per l'assistenza specialistica da privato per l'anno 2016 comprensivo delle prestazioni erogate per attività extraregionale in complessivi euro **445.595.000,00**

al netto del ticket e della quota fissa di euro 10,00 per ricetta per i soggetti non esenti da ticket come di seguito dettagliato:

	<i>Aggregato 2016</i>
<i>Prestazioni ambulatoriali</i>	<i>279.759.000,00</i>
<i>Fondo perequativo</i>	<i>6.900.000,00</i>
<i>ex Gestione accentrata</i>	<i>12.000.000,00</i>
<i>Prestazioni di Radioterapia</i>	<i>17.000.000,00</i>
<i>Prestazioni di Nefrologia</i>	<i>111.100.000,00</i>
<i>Gestione accentrata</i>	<i>18.836.000,00</i>
TOTALE	445.595.000,00

Ravvisato che negli aggregati di spesa rientrano le prestazioni di assistenza specialistica da privato erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale), non si procede alla determinazione, per l'anno 2016, dei tetti di spesa provinciali dedicati, fermo restando che le ASP devono richiedere alle strutture specialistiche separate fatturazioni comprovanti le prestazioni erogate in favore dei cittadini di altre Regioni a cui sarà applicata la tariffa regionale vigente nella misura del 100%, in conformità alle osservazioni poste sull'applicazione dell'articolo 25 della L.R. n.5/2009, comma 1 lett. f) e s.m.i., da parte del Ministero della Salute; la mancata separata evidenza della contabilizzazione comporterà automaticamente il mancato riconoscimento delle prestazioni;

Ritenuto che, al fine di assicurare le prestazioni indispensabili per i pazienti affetti da tumore, gli aggregati e i conseguenti budget assegnati a ciascuna struttura specialistica dovranno prioritariamente assicurare l'erogazione di tutte le prestazioni contrassegnate con codice "048" correlate alla patologia oncologica accertata e che la violazione di detta disposizione sarà assunto come "comportamento di non leale collaborazione";

Ritenuto opportuno prevedere, per le sole prestazioni di specialistica ambulatoriale afferenti alle branche di "Radioterapia" (branca 24) e "Nefrologia" (branca 13), che:

- 1) gli eventuali superamenti dei tetti di spesa assegnati per l'anno 2016 saranno remunerati a consuntivo sulla base dell'attività sanitaria effettivamente erogata, fatte salve comunque le disposizioni contenute nel D.A. n. 925 del 14 maggio 2013 e s.m.i. e le valutazioni ed i controlli di tipo clinico, epidemiologico e di appropriatezza, che dovranno essere effettuati correntemente durante l'anno solare ed essere completate entro il 31 marzo 2017;
- 2) le ASP nelle quali si dovesse profilare il superamento della spesa prefissata di cui al precedente punto 1), dovranno stipulare con i centri privati operanti sul proprio territorio di competenza appositi accordi integrativi, quantificando il fabbisogno aggiuntivo, previa verifica delle eventuali disponibilità di prestazioni erogabili presso i centri pubblici dello stesso territorio;

Ritenuto, in relazione alla maggiore domanda di prestazioni specialistiche, di destinare il 50% delle economie di spesa, discendenti dalla minore produzione di attività eventualmente verificatasi nelle branche della specialistica convenzionata da privato, diverse, da "Nefrologia" e "Radioterapia", come segue:

1. prioritariamente al riconoscimento, previa verifica dell'effettiva produzione, delle prestazioni erogate in extra budget per la medesima branca;
2. le ulteriori eventuali economie residuali, al riequilibrio tra le branche della medesima provincia, in categorie di branche per le quali si registra una maggiore domanda.

Ritenuto, altresì, di destinare l'ulteriore 50% delle economie di spesa, discendenti dalla minore produzione di attività eventualmente verificatasi nelle branche della specialistica convenzionata da privato, diverse, da "Nefrologia" e "Radioterapia" alla remunerazione delle prestazioni, eventualmente, prodotte nelle branche della "Nefrologia" e "Radioterapia";

Considerato, poiché coerente con le linee di programmazione sanitaria regionale, che le strutture e/o gli specialisti privati accreditati e già convenzionati concorrono alla realizzazione del Programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni sanitarie, in quanto coadiuvanti nel processo di miglioramento degli indici di appropriatezza clinica ed organizzativa e di contenimento delle liste di attesa di cui al relativo Piano regionale e che, pertanto debbano conseguentemente impegnarsi,

nell'ambito degli aggregati di spesa stabiliti a livello provinciale e per branca, a garantire il loro inserimento nel sistema unico di prenotazione sia a livello provinciale che regionale;

Preso Atto che le strutture e/o gli specialisti privati, nell'ambito del *budget* loro assegnato, dovranno garantire, altresì, l'attuazione di quanto indicato nel decreto assessoriale n. 2085/2010 pubblicato nella G.U.R.S. del 27 agosto 2010, n. 38 (regolamento di gestione delle prescrizioni), che disciplina le prescrizioni per livello di priorità clinica;

Ritenuto, pertanto, di dover far concorrere le strutture e/o gli specialisti privati accreditati e contrattualizzati al percorso di governo delle liste di attesa aziendali mediante le seguenti modalità operative:

1. Gli specialisti ambulatoriali accreditati entrano a pieno diritto nei CUP aziendali delle ASP prenotando sulle proprie agende dai propri ambulatori, attraverso le apposite credenziali di accesso, le prestazioni richieste secondo i codici delle priorità previste.
2. La totalità delle prestazioni prenotate di cui sopra sono inserite nel CUP Aziendale, secondo il calendario di programmazione di ogni singola struttura accreditata, in coerenza alle esigenze territoriali in tema di gestione dei tempi di attesa, fermo restando che deve essere garantita alla struttura accreditata la possibilità di assicurare ai propri pazienti la continuità assistenziale, compreso il follow up.
3. Le ASP provvedono all'emanazione di apposite direttive per la realizzazione di quanto descritto nei due punti precedenti, fornendo, altresì, il proprio supporto strumentale senza oneri aggiuntivi.
4. Le procedure sopra descritte sono adottate solo a seguito di emanazione di apposita circolare applicativa da parte dell'Assessorato.

Considerato che, nell'ambito delle politiche sanitarie regionali, in quanto funzionale al processo di miglioramento degli indici di appropriatezza clinica ed organizzativa, ai Direttori Generali delle ASP è attribuita la facoltà di implementare l'erogazione delle cure domiciliari, anche con il concorso delle strutture private accreditate, facendo ricorso alle risorse previste per "*l'assistenza domiciliare integrata*";

Considerato che la determinazione degli aggregati di spesa, di cui al presente provvedimento, è atto di natura programmatica, e che, pertanto, non determina di per sé, comunque, il diritto da parte degli erogatori privati a fornire prestazioni a carico del SSN, fermo restando l'obbligo delle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) territorialmente competenti di verificare prima della stipula dei contratti, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici, strutturali e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del Servizio sanitario pubblico nell'ambito dei tetti massimi di spesa fissati dal presente decreto;

Preso atto, altresì, che, in base alle disposizioni vigenti, i laboratori di analisi non potranno mantenere l'accreditamento, né potranno essere conseguentemente contrattualizzati se non in regola con le VEQ regionali;

Ritenuto di potere confermare, anche per l'anno 2016, la possibilità per gli erogatori privati accreditati e contrattualizzati per più branche, di utilizzare la minore produzione di attività che dovesse verificarsi in una delle branche in favore delle altre che compongono il *budget* complessivo operando meccanismi di riequilibrio, nel limite massimo del 5% e comunque sempre entro i limiti del *budget* complessivo. Tale facoltà, alle stesse condizioni, è riconosciuta anche agli specialisti e/o strutture specialistiche di oculistica con *budget* separato per l'intervento di cataratta effettuato in regime ambulatoriale (cod. 13.71);

Ritenuto di dare mandato ai Direttori Generali delle ASP di assegnare alle strutture specialistiche, convenzionate o da convenzionare con il SSR, un *budget* per l'anno 2016 comprensivo delle prestazioni erogate per attività extraregionale, nel rispetto della misura dell'aggregato provinciale attribuito con il presente decreto, da determinarsi con le seguenti modalità:

- a) Riconoscere ad ogni struttura un *budget* (al netto del ticket e della quota fissa) da assegnare per l'anno 2016 riportando i singoli *budget* assegnati nell'anno 2015 ai corrispondenti aggregati di spesa provinciali di cui all'allegato "A" del presente decreto;
- b) per ciascuna nuova struttura da contrattualizzare assegnare un *budget* d'ingresso di euro 32.000,00, pari al *budget* minimo regionale.

Visto l'art. 68 della legge regionale 12/08/2014, n. 21 e s.m.i.;

DECRETA

Art. 1

Per quanto specificato in premessa, i cui contenuti qui si intendono integralmente richiamati, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 25 della legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, l'aggregato di spesa per l'assistenza specialistica da privato comprensivo delle prestazioni erogate per attività extraregionale per l'anno 2016 è determinato in complessivi euro **445.595.000,00**, al netto del ticket e della quota fissa di euro 10,00 per ricetta per i soggetti non esenti da ticket, come di seguito dettagliato:

	<i>Aggregato 2016</i>
<i>Prestazioni ambulatoriali</i>	<i>279.759.000,00</i>
<i>Fondo perequativo</i>	<i>6.900.000,00</i>
<i>ex gestione accentrata</i>	<i>12.000.000,00</i>
<i>Prestazioni di Radioterapia</i>	<i>17.000.000,00</i>
<i>Prestazioni di Nefrologia</i>	<i>111.100.000,00</i>
<i>Gestione accentrata</i>	<i>18.836.000,00</i>
TOTALE	445.595.000,00

Art. 2

Nel rispetto della misura dell'aggregato provinciale attribuito con il presente decreto, i Direttori Generali delle Aziende sanitarie provinciali assegnano alle strutture specialistiche convenzionate o da convenzionare con il SSR, un budget per l'anno 2016 comprensivo delle prestazioni erogate per attività extraregionale, da determinarsi con le seguenti modalità:

- a) Riconoscere ad ogni struttura un budget (al netto del ticket e della quota fissa) da assegnare per l'anno 2016 riportando i singoli *budget* assegnati nell'anno 2015 ai corrispondenti aggregati di spesa provinciali di cui all'allegato "A" del presente decreto;
- b) per ciascuna nuova struttura da contrattualizzare assegnare un budget d'ingresso di euro 32.000,00, pari al budget minimo regionale.

Art. 3

E' destinata una somma pari a euro **6.900.000,00**, assegnata alle Aziende Sanitarie Provinciali sulla base della popolazione pesata secondo i criteri ministeriali per le finalità sotto elencate, previa verifica dei necessari presupposti da parte delle suddette ASP:

- 1) eventuale contrattualizzazione di nuovi soggetti con un budget di ingresso pari a euro 32.000,00;
- 2) attuazione di sentenze esecutive, risoluzione di contenziosi in atto o di potenziali contenziosi;
- 3) attenuazione degli effetti della minore spesa consuntivata relativa a quelle strutture che, a causa di eventi straordinari documentati, non hanno espresso, nell'anno 2014 o 2015, la loro piena capacità produttiva;
- 4) implementazione nelle aree geograficamente disagiate delle prestazioni specialistiche, ove carenti, determinate sulla base della rilevazione dei fabbisogni assistenziali da parte delle ASP.
- 5) eventuale finanziamento di fabbisogni aggiuntivi scaturenti dal trasferimento di strutture specialistiche convenzionate in altre province o dalla aggregazione di strutture aventi punti di accesso in diversi ambiti provinciali.

Art. 4

In base alle disposizioni vigenti, i laboratori di analisi non potranno mantenere l'accreditamento né potranno essere conseguentemente contrattualizzati se non in regola con le VEQ regionali.

Art. 5

Gli aggregati provinciali per ciascuna tipologia di prestazioni sono comprensivi anche del costo dei contributi previdenziali ove previsti per legge.

Art. 6

Al fine di assicurare le prestazioni indispensabili per i pazienti affetti da tumore, gli aggregati e i conseguenti budget assegnati a ciascuna struttura specialistica dovranno prioritariamente assicurare l'erogazione di tutte le prestazioni contrassegnate con codice "048" correlate alla patologia oncologica accertata. La violazione di detta disposizione sarà assunta come "comportamento di non leale collaborazione".

Art. 7

Con riferimento alle prestazioni relative alle branche di "Nefrologia" e "Radioterapia" si dispone che:

- 1) gli eventuali superamenti dei tetti di spesa assegnati per l'anno 2016 saranno remunerati a consuntivo sulla base dell'attività sanitaria effettivamente erogata, fatte salve comunque le disposizioni contenute nel DA n. 925 del 14 maggio 2013 e le valutazioni ed i controlli di tipo clinico, epidemiologico e di appropriatezza, che dovranno essere effettuati correntemente durante l'anno solare ed essere completate entro il 31 marzo 2017;
- 2) a tal fine le ASP nelle quali si dovesse profilare il superamento della spesa prefissata di cui al punto 1), dovranno stipulare con i centri privati operanti sul proprio territorio di competenza appositi accordi integrativi, quantificando il fabbisogno aggiuntivo, previa verifica delle eventuali disponibilità di prestazioni erogabili presso i centri pubblici dello stesso territorio.

Art. 8

In relazione alla maggiore domanda di prestazioni specialistiche, si dispone che i Direttori Generali delle ASP devono destinare il 50% delle economie di spesa, discendenti dalla minore produzione di attività eventualmente verificatasi nelle branche della specialistica convenzionata da privato, diverse da "Nefrologia" e "Radioterapia", come segue:

1. prioritariamente al riconoscimento, previa verifica dell'effettiva produzione, delle prestazioni erogate in extra budget per la medesima branca;
2. le ulteriori eventuali economie residuali, al riequilibrio tra le branche della medesima provincia, in categorie di branche per le quali si registra una maggiore domanda.

L'ulteriore 50% delle economie di spesa, discendenti dalla minore produzione di attività eventualmente verificatasi nelle branche della specialistica convenzionata da privato, diverse, da "Nefrologia" e "Radioterapia" devono essere destinate alla remunerazione delle prestazioni, eventualmente, prodotte nelle branche della "Nefrologia" e "Radioterapia".

Per quanto sopra esposto, le AA.SS.PP. dovranno stipulare con i centri privati operanti sul proprio territorio di competenza appositi accordi integrativi.

Art. 9

Le prestazioni erogate nella branca di "Nefrologia" in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale) sono considerate al di fuori del budget assegnato alle singole strutture. Le prestazioni erogate sulla base dei relativi piani terapeutici a cittadini non residenti e dimoranti temporaneamente in Sicilia non concorrono alla formazione del tetto così come previsto anche dal comma 1, dell'articolo 3 del DA n.925/2013. Le ASP dovranno chiedere alle strutture specialistiche di produrre separate fatture comprovanti le prestazioni erogate in favore dei cittadini di altre Regioni. La mancata separata evidenza della contabilizzazione comporterà automaticamente il mancato riconoscimento delle prestazioni.

Le prestazioni di dialisi rientranti nella branca di "Nefrologia" saranno valorizzate nella misura del 100% della tariffa vigente nella Regione siciliana, per effetto di quanto disposto dall'articolo 25 della l.r. n.5/2009, comma 1 lett. f) e s.m.i., in conformità alle osservazioni avanzate dal Ministero della Salute.

Art. 10

Per le prestazioni sanitarie di cui al presente decreto erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale), le strutture specialistiche sono tenute ad emettere separate fatture comprovanti le prestazioni specialistiche erogate in favore dei cittadini di altre Regioni, valorizzate nella misura del 100% delle tariffe vigenti nel territorio regionale siciliano ai sensi di quanto disposto dall'articolo 25 della l.r. n.5/2009, comma 1 lett. f) e s.m.i. ed in conformità alle osservazioni avanzate dal Ministero della Salute.

La mancata separata evidenza della contabilizzazione fiscale comporterà automaticamente il mancato riconoscimento delle suddette prestazioni.

Art. 11

Gli aggregati di spesa per l'anno 2016 sono suddivisi per provincia e per branca, come da tabella "A" allegata al presente provvedimento e parte integrante dello stesso. E' confermata, anche per il 2016, la possibilità per gli erogatori accreditati e contrattualizzati per più branche, di utilizzare la minore produzione di attività che dovesse eventualmente verificarsi in una delle branche in favore delle altre che compongono il *budget* complessivo, operando meccanismi di riequilibrio, nel limite massimo del 5% e comunque sempre entro i limiti del *budget* complessivo. Tale facoltà è riconosciuta anche agli specialisti e/o strutture specialistiche di oculistica con *budget* separato per l'intervento di cataratta effettuato in regime ambulatoriale (cod. 13.71).

Art. 12

Le strutture e/o gli specialisti privati accreditati e convenzionati concorrendo alla realizzazione del Programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali, in quanto coadiuvanti nel processo di miglioramento degli indici di appropriatezza clinica ed organizzativa e di contenimento delle liste di attesa di cui al relativo Piano regionale, sono tenute, nell'ambito degli aggregati di spesa stabiliti a livello provinciale e per branca, a garantire il loro inserimento nel sistema unico di prenotazione sia a livello provinciale che regionale.

Art. 13

Le strutture private, nell'ambito del budget loro assegnato, sono tenute a garantire l'attuazione di quanto indicato nel decreto assessoriale n.2085/2010 pubblicato nella GURS del 27 agosto 2010, n.38 (regolamento di gestione delle prescrizioni) che disciplina le prescrizioni per livello di priorità clinica.

Le strutture e/o gli specialisti privati accreditati e contrattualizzati concorrono al percorso di governo delle liste di attesa aziendali mediante le seguenti modalità operative:

1. Gli specialisti ambulatoriali accreditati entrano a pieno diritto nei CUP aziendali delle ASP prenotando sulle proprie agende dai propri ambulatori, attraverso le apposite credenziali di accesso, le prestazioni richieste secondo i codici delle priorità previste.
2. La totalità delle prestazioni prenotate di cui sopra sono inserite nel CUP Aziendale, secondo il calendario di programmazione di ogni singola struttura accreditata, in coerenza alle esigenze territoriali in tema di gestione dei tempi di attesa, fermo restando che deve essere garantita alla

- struttura accreditata la possibilità di assicurare ai propri pazienti la continuità assistenziale, compreso il follow up.
3. Le ASP provvedono all'emanazione di apposite direttive per la realizzazione di quanto descritto nei due punti precedenti, fornendo, altresì, il proprio supporto strumentale senza oneri aggiuntivi.
 4. Le procedure sopra descritte sono adottate solo a seguito di emanazione di apposita circolare applicativa da parte dell'Assessorato.

Art. 14

Le Aziende Sanitarie Provinciali dovranno stipulare, con le strutture private accreditate, già autorizzate ad effettuare prestazioni di diagnostica di laboratorio nell'ambito delle risorse per "*l'Assistenza domiciliare integrata*", accordi per l'erogazione di prestazioni di prelievo ematico domiciliare, in favore dei soggetti non autosufficienti per i quali l'UVM ha definito un progetto assistenziale individualizzato sulla base della valutazione multidimensionale attuata con lo strumento in uso (SVAMA) secondo quanto previsto dal DA del 2 luglio 2008, come integrato dalla disciplina di settore di cui alle linee guida approvate con Decreto Presidenziale del 26 gennaio 2011. Tale tipologia di prestazione domiciliare, effettuata dal personale abilitato al prelievo ai sensi della normativa vigente e in possesso dei requisiti di cui al D.A. 890/2002, sarà remunerata in aggiunta alla tariffa regionale in atto vigente, nella misura di 6,00 euro per percorso tra sede della struttura e domicilio del paziente inferiore a 3 Km. e nella misura di euro 9,00 per percorso superiore a 3 Km.. Tale remunerazione aggiuntiva è comprensiva, ove richiesto dall'assistito, del servizio di consegna a domicilio del referto.

Art. 15

Le Aziende Sanitarie Provinciali dovranno stipulare, con le strutture già autorizzate ad effettuare trattamenti riabilitativi in regime ambulatoriale (paragrafo 2.2-a dell'allegato al DA 17 giugno 2002, n.890), nell'ambito delle risorse per "*l'Assistenza domiciliare integrata*", accordi per l'erogazione di prestazioni riabilitative domiciliari, in favore dei soggetti non autosufficienti per i quali l'UVM (unità di valutazione multidimensionale) ha definito un progetto assistenziale individualizzato sulla base della valutazione dell'appropriatezza terapeutica rispetto al grado di complessità dei pazienti, effettuata attraverso lo strumento di valutazione in uso (SVAMA) e limitatamente al percorso riabilitativo indicato al PR 1 di cui al D. A. del 27 giugno 2002. Sono fatte salve le modalità già poste in essere dalle Aziende Sanitarie Provinciali per l'erogazione del servizio nel rispetto di quanto indicato, in materia di esternalizzazione, dalle direttive assessoriali esplicative dell'art.21 della legge regionale n.5/2009 (nota prot.n.10221 del 18 settembre 2009 e n.657 del 18 febbraio 2010). Per i percorsi riabilitativi denominati PR1 effettuati a domicilio, sarà riconosciuta una remunerazione aggiuntiva, in analogia a quanto previsto per le prestazioni di prelievo ematico domiciliare, nella misura di 8,00 euro per percorso tra sede della struttura e domicilio del paziente inferiore a 3 Km. e nella misura di euro 12,00 per percorso superiore a 3 Km.

Art. 16

Le Aziende Sanitarie Provinciali, ai fini dei contratti relativi all'esercizio 2016, utilizzeranno lo schema di contratto allegato al presente decreto (allegato "B") di cui forma parte integrante. Contestualmente alla sottoscrizione del contratto, i Direttori Generali delle ASP avranno cura di consegnare alle strutture una scheda che riporti, tenuto conto della rete dell'offerta pubblica e privata della provincia, le motivazioni tecniche sottostanti alla determinazione del livello quali-quantitativo delle prestazioni richieste alla singola struttura in funzione dei fabbisogni. Per le strutture e/o gli specialisti privati accreditati che per qualunque motivo non sottoscrivano il contratto di cui all'allegato "B", ivi compreso il caso in cui non intendano sottoscriverlo a seguito di formale diniego opposto dall'ASP alla richiesta di apporre eventuali riserve alla proposta contrattuale così come formulata dall'ASP competente, fatto salvo il diritto ad adire l'autorità giudiziaria e nel rispetto delle previsioni di cui all'articolo 7 e ss. della Legge 7 agosto 1990, n.241 e s.m.i., cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario regionale e si applica la sospensione dell'accreditamento istituzionale, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8 quinquies, comma 2 quinquies del D.Lgs.

502/1992 (introdotto dal comma 1 quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008).

In tale ultimo caso, le ASP accantoneranno a valere sul corrispondente aggregato le somme relative al budget da attribuire alla struttura e/o allo specialista ricorrente, fino alla definizione dell'eventuale contenzioso.

Art. 17

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali dovranno espletare le attività negoziali con i soggetti erogatori, o con le OO.SS. da essi delegate, entro 30 giorni dalla notifica del presente decreto, nel rispetto degli obiettivi assegnati. Si fa obbligo ai Direttori Generali di inviare, nei 15 giorni successivi, in formato elettronico, i contratti sottoscritti con gli erogatori nel rispetto degli aggregati di cui ai precedenti articoli, nonché prospetti riassuntivi dei dati contrattuali secondo le indicazioni dell'Assessorato della Salute.

Art. 18

Gli oneri discendenti dal presente decreto trovano copertura nell'ambito delle risorse del fondo sanitario regionale assegnate per quota capitaria alle AA.SS.PP. dalla Regione Siciliana per l'anno 2016.

Art. 19

Il presente decreto sarà notificato alle Aziende Sanitarie Provinciali e, da queste, a tutti i centri privati accreditati che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale per conto del Servizio Sanitario Regionale.

Il presente provvedimento, unitamente agli allegati che formano parte integrante dello stesso, è trasmesso alla G.U.R.S. per la relativa pubblicazione e, successivamente, al Responsabile del procedimento di pubblicazione dei contenuti sul sito istituzionale, a fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione on line.

Palermo, 28 DIC. 2016



L'Assessore

On. Baldassarre Gucciardi