

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 2017

Visto lo Statuto della Regione Siciliana;

Vista la legge n.833/78 e s.m.i. di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

Visto il D.P. Regionale 28/02/1979, n.70, che approva il testo unico delle leggi sull'ordinamento del governo e dell'Amministrazione della Regione Siciliana;

Visto il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502, nel testo modificato con il Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n.517, sul riordino della disciplina in materia sanitaria, e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la Legge Regionale 3 novembre 1993, n. 30 recante norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali;

Vista la legge regionale 15 Maggio 2000 n.10 e s.m.i.;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n.5 e s.m.i. di riordino del sistema sanitario in Sicilia pubblicata nella GURS del 17 aprile 2009, n.17;

Vista l'intesa sancita il 10 novembre 2010 tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano Nazionale di Governo dei Tempi di Attesa per il triennio 2010 – 2012;

Visto il D.A. 1220 del 30 giugno 2011 di approvazione del Piano Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa per il triennio 2011 – 2013 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana - parte I n. 35 del 19 agosto 2011;

Visto il Titolo II del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e successive modifiche ed integrazioni recante "Disposizioni in materia di armonizzazione degli schemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42";

Visto l'art. 47, comma 12, della legge regionale 28 gennaio 2014, n.5 che prevede: "A decorrere dall'1 gennaio 2014, sono recepite nell'ordinamento contabile della Regione siciliana le disposizioni contenute nel Titolo II del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e successive modifiche ed integrazioni";

Vista la Delibera di Giunta n. 201 del 10/08/2015 recante "Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n.118, articolo 20 – Perimetrazione entrate e uscite relative al finanziamento del servizio sanitario regionale" e successivi decreti del Ragioniere Generale;

- Visto** il D.P. Reg. 14 giugno 2016, n.12 – Regolamento di attuazione del Titolo II della Legge Regionale 16 dicembre 2008, n.19 “Rimodulazione degli assetti organizzativi dei Dipartimenti regionali di cui all’articolo 49, comma 1, della L.R. 7 maggio 2015, n.9. Modifica del D.P.Reg. 18 gennaio 2013, n.6 e s.m.i.”;
- Visto** il DA del 27 giugno 2002 (GURS 05 luglio 2002) e s.m.i. con il quale sono stati individuati i percorsi terapeutici di riabilitazione;
- Visto** il DA del 17 dicembre 2002 (GURS n. 12 del 2003) con il quale sono state determinate le tariffe omnicomprendenti dei percorsi terapeutici per l’attività ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione dal 1° agosto 2002;
- Visti** gli articoli 26 e 27 del Dlgs. 14 marzo 2013, n.33 *“Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*;
- 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 e s.m.i. 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 e s.m.i. 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 e s.m.i. con il quale sono state disposte le indicazioni relative alla erogazione delle prestazioni di radioterapia, di medicina nucleare, TAC e RMN;
- Visto** il DA n. 799 del 07.05.2015 (GURS 22/05/2015) di adozione del Catalogo unico regionale per l’aggiornamento del nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- Vista** la delibera n. 218 con la quale la Giunta regionale nella seduta del 27 giugno 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, in prosecuzione del Programma Operativo 2010/2012 adottato con DA n.476 del 26 marzo 2014 e s.m.i. ed il DA n.2135 del 31/10/2017 che ha approvato il *“Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema Sanitario Regionale 2016-2018”*;
- 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 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;
- 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 e gli 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 sanitarie private 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;

Vista la Legge n.208 del 28 dicembre 2015 (legge di stabilità 2016) che all'articolo 1, comma 574, lett. a) ha modificato il comma 14 dell'art. 15 del Decreto-Legge n. 95 del 6 luglio 2012, convertito con modificazioni, dalla Legge 7 Agosto 2012 n.135, apportando le seguenti variazioni: *"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 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.;

Visto il Decreto Assessoriale n. 2632 del 28 dicembre 2016 con il quale sono stati determinati gli aggregati provinciali e regionali per branca per la specialistica ambulatoriale da privato per l'anno **2016**;

Preso Atto degli esiti del confronto con i rappresentanti regionali delle associazioni di categoria maggiormente rappresentative, ai sensi dell'art. 25, comma 4, della L.R. n. 5/2009, in merito ai contenuti di cui al presente decreto;

Ritenuto indispensabile, ai sensi dell'articolo 25 della L.R. n.5/2009, definire l'aggregato di spesa regionale per l'assistenza specialistica ambulatoriale per l'anno **2017** ed i relativi tetti di spesa provinciali nonché i criteri per l'assegnazione dei budget alle singole strutture;

Stabilito di confermare, per l'anno **2017**, 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"*;

Ritenuto di confermare, solo per l'anno **2017**, l'aggregato regionale di spesa denominato, nei precedenti analoghi provvedimenti amministrativi, *"ex GSA"* riferito ad alcune strutture sanitarie private ricadenti nelle province di Catania, Enna e Palermo per un ammontare complessivo pari a euro **12.000.000,00**;

Ritenuto, inoltre, di confermare anche per l'anno **2017**, l'aggregato regionale di spesa denominato "*Gestione diretta regionale*" per un ammontare complessivo pari a euro **18.836.000,00**;

Stabilito di adottare, per gli effetti del presente decreto, quale criterio che garantisca parità di trattamento all'ingresso di nuovi soggetti da contrattualizzare (soggetti accreditati e non contrattualizzati) l'impostazione metodologica già prevista nel DA n.922/2015, fissando un budget di ingresso pari a euro **32.000,00**; determinando tale importo sulla base della media complessiva dei budget minimi di branca a livello regionale rilevati nell'anno 2013;

Preso Atto del parere dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (nota prot.n. 27784 del 20 marzo 2017), reso ai sensi dell'articolo 21 – *bis* della legge 10 ottobre 1990, n.287, così come introdotto dal decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, che ha contestato come l'assegnazione di fondi pubblici alle strutture private convenzionate in funzione, in via sostanzialmente esclusiva, della spesa storica "*integra una violazione dei principi a tutela della concorrenza nella misura in cui elimina qualsiasi incentivo a competere tra le strutture accreditate e convenzionate con il SSN e attribuisce ad imprese già titolari di diritti speciali un indebito vantaggio concorrenziale*", cristallizzando di fatto le posizioni di mercato precedentemente detenute dai singoli erogatori accreditati, indipendentemente, dal livello qualitativo delle prestazioni rese non consentendo un adeguato sviluppo delle strutture maggiormente efficienti;

Ravvisata, quindi, la necessità di introdurre misure correttive per la rivisitazione del sistema, volto a raggiungere un punto di equilibrio tra i diversi interessi in conflitto, tale da garantire *gradualmente* un'effettiva parità di trattamento tra i soggetti accreditati a prescindere dalla circostanza che essi, negli anni passati, siano stati o meno titolari di rapporti contrattuali con il S.S.N.;

Ritenuto, pertanto, in attesa di utilizzare il nuovo modello di ripartizione delle risorse finanziarie, a livello provinciale e per branca, per fare fronte ai fabbisogni di prestazioni specialistiche da privato (in atto allo studio del tavolo tecnico di cui al D.A. n. 901 del 03/05/2017), di contemperare nell'immediato, ai fini del riparto delle risorse, l'utilizzazione del dato consolidato che ha il pregio di assicurare la stabilità dei rapporti consentendo ai privati di sostenere investimenti per garantire standard elevati alle prestazioni rese, con alcuni correttivi qualitativi da utilizzare per la determinazione degli aggregati provinciali e l'assegnazione dei budget alle singole strutture;

Stabilito di definire con il termine di "*popolazione pesata*", ai fini del presente decreto, la popolazione residente nell'ambito del territorio di ogni Azienda Sanitaria Provinciale – ultima disponibile da Fonte ISTAT - i cui valori vengono distinti per classi di età e rielaborati sulla base dei pesi previsti dal Ministero, fermo restando che, per quanto riguarda la popolazione siciliana, occorre tenere presente che gli abitanti dei comuni di Capizzi (ME) e di Lampedusa e Linosa (AG) sono assistiti, ai sensi della normativa regionale vigente, rispettivamente, dalle ASP di Enna e Palermo e non dalle ASP di Messina e Agrigento (comma 2 bis art.6 L.R. n.30/93);

Ritenuto, altresì, di ripartire alle Aziende Sanitarie Provinciali una somma (fondo perequativo) per l'anno **2017**, pari a euro **6.900.000,00**, utilizzando i medesimi criteri di riparto adottati nell'anno **2016**, per le finalità sotto elencate e da assegnare alle singole strutture e/o agli specialisti privati accreditati e convenzionati sulla base di un ordine di priorità stabilito dalle suddette ASP nonché previa verifica dei necessari presupposti:

- 1) per eventuali ulteriori fabbisogni assistenziali inclusa la necessità di contrattualizzazione nuovi soggetti (*nuovi ingressi*);
- 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 2016, 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;

Stabilito di fissare l'ammontare delle risorse destinate alle prestazioni di natura "salvavita" di specialistica ambulatoriale afferenti alle branche di "Nefrologia" (branca 13) e di "Radioterapia" (branca 24), per l'anno 2017, pari a quello dell'anno 2016;

Ritenuto, per quanto precede, di determinare l'aggregato di spesa per l'assistenza specialistica da privato, per l'anno 2017, comprensivo delle prestazioni erogate per attività extraregionale, pari complessivamente ad 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 2017</i>
<i>Prestazioni ambulatoriali</i>	<i>279.759.000,00</i>
<i>Ex GSA</i>	<i>12.000.000,00</i>
<i>Fondo perequativo</i>	<i>6.900.000,00</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 diretta regionale</i>	<i>18.836.000,00</i>
TOTALE	445.595.000,00

Stabilito di ripartire, per l'anno 2017, l'aggregato regionale per provincia e per branca, al netto delle risorse destinate alle strutture comprese negli aggregati di spesa denominati "Gestione diretta regionale" ed "ex GSA", utilizzando i medesimi criteri adottati nell'anno 2016, eccetto per le prestazioni di nefrologia, e tenendo conto dei trasferimenti di alcune strutture, autorizzati e comunicati dalle ASP, da una provincia all'altra;

Stabilito, altresì, di ripartire, per l'anno 2017, l'aggregato regionale relativo alle prestazioni di Nefrologia, in proporzione alla produzione dell'anno 2016, rilevata dal Flusso "M", nelle varie province della Regione, ritenendo tale metodologia di riparto, applicata alla branca in argomento, maggiormente correlata ai fabbisogni assistenziali;

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 2017, 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, sull'applicazione dell'articolo 25 della L.R. n.5/2009, comma 1, lett. f) e s.m.i., del Ministero della Salute; la mancata separata evidenza della contabilizzazione comporterà automaticamente il mancato riconoscimento delle prestazioni;

Stabilito che, al fine di assicurare le prestazioni indispensabili per i pazienti affetti da neoplasie, 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 prestazioni di "Emodialisi" (facenti parte della branca di Nefrologia) ed a quelle della branca di "Radioterapia" (branca 24), che:

- 1) gli eventuali superamenti dei tetti di spesa assegnati per l'anno 2017 saranno remunerati a consuntivo, sulla base dell'attività sanitaria effettivamente erogata, fatte salve comunque le disposizioni contenute nei D.A. n. 924 e n. 925 del 14 maggio 2013 e s.m.i.; le valutazioni ed i controlli di tipo clinico, epidemiologico e di appropriatezza, dovranno essere effettuati correntemente durante l'anno solare ed essere completati entro il 31 marzo del successivo anno;

- 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**, dalle prestazioni di “*Emodialisi*” e dalla branca di “*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, 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**, dalle prestazioni di “*Emodialisi*” e dalla branca di “*Radioterapia*” alla remunerazione di queste ultime tipologie di prestazioni;

Considerato, poiché coerente con le linee di programmazione sanitaria regionale, che le strutture e/o gli specialisti privati accreditati 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;

Considerato 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;

Ritenuto di potere confermare anche per l'anno **2017** 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 singole strutture e/o agli specialisti privati accreditati e convenzionati con il SSR, un budget per l'anno **2017**, comprensivo delle prestazioni erogate per attività extraregionale, nel rispetto dell'aggregato di spesa provinciale determinato con il presente decreto, al netto del ticket e della quota fissa, secondo la seguente metodologia.

- ripartire il **97%** dell'aggregato di spesa provinciale per branca, di cui alla Tabella "A" del presente decreto, rapportandolo ai singoli *budget* assegnati nell'anno 2016;
- ripartire il residuo **3 %** dell'aggregato provinciale per branca, di cui alla Tabella "A" del presente decreto, sulla base di una griglia di valutazione (valevole anche per i *nuovi ingressi*) esplicitata negli Allegati "B1" e "B2", che contempla i seguenti criteri:
 - 1) fatturato dell'anno precedente nella branca specifica per la quale la struttura è accreditata che, indicando il volume complessivo di prestazioni effettivamente erogate anche in regime libero-professionale, è espressione della potenzialità erogativa della stessa struttura e indice della sua capacità di attrazione (**punti 20**);
 - 2) abbattimento dei tempi di attesa riconducibili a carenza di offerta da parte delle strutture pubbliche, per esami specialistici che in ambito provinciale presentano criticità nel raggiungimento delle soglie di garanzia dei tempi di attesa previste dalla normativa nazionale e regionale (**punti 30**);
 - 3) fattori qualitativi: dotazioni strumentali, tipologia del rapporto di lavoro e rispetto degli istituti contrattuali (**punti 30**);
 - 4) certificazione rilasciata da organismi nazionali ed internazionali riconosciuti (**punti 10**);
 - 5) riassetto dell'offerta sanitaria, ove essa in ambito provinciale non sia territorialmente equilibrata ed omogenea (**punti 10**).

Il residuo **3%**, di cui al punto precedente, va ripartito al **50 %** delle strutture che presenta il miglior punteggio calcolato come indicato nell'allegato "B2". Le graduatorie in argomento devono essere stilate entro 60 giorni dalla notifica del presente decreto.

Resta fermo il riconoscimento, ad ogni nuova struttura da contrattualizzare, di un budget di ingresso pari a euro **32.000,00**.

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 regionale di spesa per l'assistenza specialistica da privato, comprensivo delle prestazioni erogate per attività extraregionale, per l'anno **2017**, 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:

	Aggregato 2017
<i>Prestazioni ambulatoriali</i>	279.759.000,00
<i>Ex GSA</i>	12.000.000,00
<i>Fondo perequativo</i>	6.900.000,00
<i>Prestazioni di Radioterapia</i>	17.000.000,00
<i>Prestazioni di Nefrologia</i>	111.100.000,00
<i>Gestione diretta regionale</i>	18.836.000,00
TOTALE	445.595.000,00

Art. 2

Nel rispetto dell'aggregato di spesa provinciale determinato con il presente decreto, sulla base dei criteri esposti in premessa, i Direttori Generali delle Aziende sanitarie provinciali assegnano alle strutture specialistiche accreditate e convenzionate con il SSR un budget, per l'anno **2017**, comprensivo delle prestazioni erogate per attività extraregionale, al netto del ticket e della quota fissa, secondo la seguente metodologia.

- ripartire il **97%** dell'aggregato di spesa provinciale per branca, di cui alla Tabella "A" del presente decreto, rapportandolo ai singoli *budget* assegnati nell'anno 2016;
- ripartire il residuo **3 %** dell'aggregato provinciale per branca, di cui alla Tabella "A" del presente decreto, sulla base di una griglia di valutazione (valevole anche per i *nuovi ingressi*) esplicitata negli Allegati "B1" e "B2", che contempla i seguenti criteri:
 - 1) fatturato dell'anno precedente nella branca specifica per la quale la struttura è accreditata che, indicando il volume complessivo di prestazioni effettivamente erogate anche in regime libero-professionale, è espressione della potenzialità erogativa della stessa struttura e indice della sua capacità di attrazione (**punti 20**);
 - 2) abbattimento dei tempi di attesa riconducibili a carenza di offerta da parte delle strutture pubbliche, per esami specialistici che in ambito provinciale presentano criticità nel raggiungimento delle soglie di garanzia dei tempi di attesa previste dalla normativa nazionale e regionale (**punti 30**);
 - 3) fattori qualitativi: dotazioni strumentali, tipologia del rapporto di lavoro e rispetto degli istituti contrattuali (**punti 30**);
 - 4) certificazione rilasciata da organismi nazionali ed internazionali riconosciuti (**punti 10**);
 - 5) riassetto dell'offerta sanitaria, ove essa in ambito provinciale non sia territorialmente equilibrata ed omogenea (**punti 10**).

Il residuo **3%**, di cui al punto precedente, va ripartito al **50 %** delle strutture che presenta il miglior punteggio calcolato come indicato nell'allegato "B2". Le graduatorie in argomento devono essere stilate entro 60 giorni dalla notifica del presente decreto.

Resta fermo il riconoscimento, ad ogni nuova struttura da contrattualizzare, di un budget di ingresso pari a euro **32.000,00**.

Art. 3

E' ripartita alle Aziende Sanitarie Provinciali una somma (fondo perequativo) per l'anno **2017**, pari a euro **6.900.000,00**, utilizzando i medesimi criteri di riparto adottati nell'anno **2016**, per le finalità sotto elencate e da assegnare alle singole strutture e/o agli specialisti privati accreditati e convenzionati sulla base di un ordine di priorità stabilito dalle suddette ASP nonché previa verifica dei necessari presupposti:

- 1) per eventuali ulteriori fabbisogni assistenziali inclusa la necessità di contrattualizzazione nuovi soggetti (*nuovi ingressi*);
- 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 2016, 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.

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 neoplasie, 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 assunto come *"comportamento di non leale collaborazione"*.

Art. 7

Con riferimento alle prestazioni di specialistica ambulatoriale afferenti alle prestazioni di "Emodialisi" (facenti parte della branca di Nefrologia) ed a quelle della branca di "Radioterapia" (branca 24), si dispone che:

- 1) gli eventuali superamenti dei tetti di spesa assegnati per l'anno **2017** saranno remunerati a consuntivo sulla base dell'attività sanitaria effettivamente erogata, fatte salve comunque le disposizioni contenute nei D.A. n. 924 e n. 925 del 14 maggio 2013 e s.m.i.; le valutazioni ed i controlli di tipo clinico, epidemiologico e di appropriatezza, dovranno essere effettuati correntemente durante l'anno solare ed essere completati entro il 31 marzo del successivo anno;
- 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;

Art. 8

In relazione alla maggiore domanda di prestazioni specialistiche, si dispone che i Direttori Generali delle ASP possono destinare il **50%** delle economie di spesa, discendenti dalla minore produzione di attività eventualmente verificatasi nelle branche della specialistica convenzionata da privato, **diverse**, dalle prestazioni di "Emodialisi" e dalla branca di "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, 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**, dalle prestazioni di "Emodialisi" e dalla branca di "Radioterapia" devono essere destinate alla remunerazione di queste ultime prestazioni. Per quanto sopra esposto, le AA.SS.PP. dovranno stipulare con i centri privati operanti sul territorio di competenza appositi accordi integrativi.

Art. 9

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale di "Emodialisi" erogate 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 "Emodialisi", 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. ed in conformità alle osservazioni in merito da parte del 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 in merito da parte del 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 **2017** 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 medesimo anno, 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 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 della stipula dei contratti in argomento relativi all'esercizio **2017**, utilizzeranno lo schema di contratto allegato (Allegato "C") che costituisce parte integrante del presente decreto. 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 "C", 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, a conclusione delle attività negoziali le ASP informeranno l'Assessorato Regionale della Salute e 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 60 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 regionale 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 **2017**.

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, 29 DIC. 2017

Il Dirigente Generale
Salvatore Giglione



L'Assessore
Avv. Ruggiero Rizza



TABELLA A

Assistenza Specialistica da privato	ASP di Agrigento	ASP di Caltanissetta	ASP di Catania	ASP di Enna	ASP di Messina	ASP di Palermo	ASP di Ragusa	ASP di Siracusa	ASP di Trapani	Gestione Sanitaria Accentratata Assessorato Salute	Totale aggregato ANNO 2017
Laboratori di analisi	9.583.000,00	3.740.000,00	22.028.000,00	1.688.000,00	14.133.000,00	22.991.000,00	4.149.000,00	8.570.000,00	8.851.000,00	-	95.733.000,00
Branchi a visita	4.586.000,00	1.095.000,00	11.570.000,00	126.000,00	3.576.000,00	9.355.000,00	1.350.000,00	4.028.000,00	2.302.000,00	-	37.988.000,00
Odontoiatria	4.937.000,00	715.000,00	1.334.000,00	501.000,00	1.590.000,00	9.390.000,00	315.000,00	1.502.000,00	1.110.000,00	-	21.394.000,00
Radiologia	4.580.000,00	2.294.000,00	10.777.000,00	1.834.000,00	6.833.000,00	15.309.000,00	3.020.000,00	4.524.000,00	5.369.000,00	-	54.540.000,00
FKT	7.298.000,00	564.000,00	12.310.000,00	-	6.133.000,00	20.865.000,00	565.000,00	2.880.000,00	9.599.000,00	-	60.214.000,00
Medicina Nucleare ex GSA	1.418.000,00	-	1.602.000,00	-	1.949.000,00	3.393.000,00	375.000,00	652.000,00	501.000,00	-	9.890.000,00
Nefrologia	-	-	5.000.000,00	2.000.000,00	-	5.000.000,00	-	-	-	-	12.000.000,00
Radioterapia	12.310.000,00	3.410.000,00	22.390.000,00	1.360.000,00	10.890.000,00	34.470.000,00	6.910.000,00	10.640.000,00	8.720.000,00	-	111.100.000,00
Fondo perequativo	-	-	6.115.000,00	-	-	10.885.000,00	-	-	-	-	17.000.000,00
Gestione diretta regionale	604.000,00	367.000,00	1.477.000,00	241.000,00	904.000,00	1.716.000,00	429.000,00	553.000,00	609.000,00	-	6.900.000,00
AGGREGATO 2017	45.316.000,00	12.185.000,00	94.603.000,00	7.750.000,00	46.008.000,00	133.374.000,00	17.113.000,00	33.349.000,00	37.061.000,00	18.836.000,00	445.595.000,00

CRITERIO 38566	NOTA	PESO CRITERIO	DESCRIZIONE	FATTORE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	NOTE	PESO INDICATORE
1	20		Composizione del fatturato	Attrazione su base locale Attrazione su base extra provinciale	Fatturato libero professione per residenti in provincia/Fatturato budget per residenti in provincia Fatturato per residenti extra provincia/Fatturato totale	Anno precedente Anno precedente		0,5 0,5
2	30		Abbattimento tempi di attesa	Contributo all'abbattimento dei tempi di attesa	Numero prestazioni ambulatoriali con codice B e D monitorate dal PRGTA erogate entro il tempo massimo d'attesa/Totale delle prestazioni ambulatoriali con codice U e B monitorate dal PRGTA erogate	Anno precedente	Calcolare la differenza tra data di erogazione della prestazione e data di prenotazione e confrontare con il tempo massimo d'attesa definito dal PRGTA	1
3	30		Fattori Qualitativi	a) b)	Acquisti di attrezzature/Fatturato totale Unità di personale con rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato/Unità di personale contrattualizzato	Quinquennio precedente Anno precedente		0,5 0,5
4	10		Certificazione	a)	Struttura certificata da organismi riconosciuti di livello nazionale o internazionale	Quinquennio precedente	Valutare presenza o assenza di certificazione con certificato valido (si considera una sola certificazione)	1
5	10		Riassetto dell'offerta	a)	La struttura serve la popolazione di un territorio dove non sono presenti altre strutture pubbliche o private ovvero dove l'offerta è sottodimensionata in rapporto alle esigenze assistenziali	Anno corrente		1

PROCEDIMENTO

Raggruppare le strutture per codice branca

Calcolare il valore di ciascun indicatore per ogni struttura

Ordinare le strutture in ordine decrescente in base al valore dell'indicatore

Selezionare la metà delle strutture che presenta il valore più alto = **NUMERO STRUTTURE**

Sommare i valori delle posizioni in graduatoria delle strutture selezionate = **SOMMA VALORI**

Per gli indicatori relativi ai criteri 1, 2 e 3 assegnare un punteggio alla struttura in ragione della posizione in graduatoria applicando la formula:

$$(\text{Peso del criterio} \times \text{Peso dell'indicatore}) / \text{Somma valori} \times (\text{Numero strutture} - \text{Posizione in graduatoria} + 1)$$

Per gli indicatori relativi ai criteri 4 e 5 assegnare alla struttura che soddisfa il criterio il punteggio applicando la formula:

$$\text{Peso del criterio} \times \text{Peso dell'indicatore} / \text{numero strutture che soddisfano il criterio}$$

Calcolare il punteggio complessivo della struttura sommando i punteggi ottenuti dalla struttura per ciascun indicatore = **PUNTEGGIO STRUTTURA**

Dividere la Somma complessiva disponibile da assegnare come integrazione di budget per 100 = **VALORE UNITARIO DEL PUNTO**

Moltiplicare il **VALORE UNITARIO DEL PUNTO** per il **PUNTEGGIO STRUTTURA** di ciascuna struttura = **Quota integrativa del budget da assegnare alla struttura**

Contratto per l'attribuzione del budget tra l'Azienda Sanitaria Provinciale di

e

La struttura _____

L'anno _____ il giorno _____ del mese di _____, in _____ nei 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/Commissario Straordinario Dr.....nato
a..... il..... munito dei necessari poteri come da Decreto di nomina n.....
del..... e domiciliato, ai fini del presente atto, presso la sede dell'Azienda medesima

E

Lo specialista e/o la struttura _____ (*indicare la ragione sociale*) codice
struttura (*obbligatorio*) _____ accreditato/a con decreto n. _____ del _____ pubblicato
nella GURS n. _____ del _____ 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. 445/2000, dichiara:

- a) di intervenire al presente atto in qualità di titolare o 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

si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di

- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'art. 3 della legge 27.12.1956, n. 1423 e che non sussistono le cause di decadenza, sospensione o divieto previste dall'art. 67 del D. Lgs. 159/2011;
- d) di essere in regola con la normativa in materia di antinfortunistica, impiantistica, previdenza e di tutela dell'igiene e della salute e di sicurezza sul lavoro;

Per

Regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla

branca _____ in conformità al decreto dell'Assessore della Salute della Regione

Siciliana n _____ del _____

Premesso

- che lo strumento indispensabile per garantire l'equilibrio finanziario del sistema sanitario regionale, nell'ambito della Programmazione Regionale e degli atti connessi e/o consequenziali, è dato dalla metodologia della fissazione dei tetti di spesa e cioè di aggregati di risorse del Fondo sanitario regionale da destinare alle singole branche;
- che la Giunta regionale, con la delibera n. 218 del 27 giugno 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, in prosecuzione del Programma Operativo 2010/2012 (adottato con DA n.476 del 26 marzo 2014 e s.m.i.) e che è stato approvato, con il DA n.2135 del 31/10/2017, il *"Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema Sanitario Regionale per gli anni 2016-2018"*;
- che l'aggregato di spesa assegnato all'Azienda Sanitaria Provinciale di _____ per l'anno **2017** è pari ad euro _____ inclusi i contributi previdenziali di legge ed è al netto del ticket e della quota di compartecipazione fissa di € 10,00 per ricetta - introdotta con la Legge del 15 luglio 2011, n.111, articolo 17, comma 6;
- che con Decreto n. _____ del _____ l'Assessore della Salute della Regione Siciliana, ha fissato i limiti massimi di spesa per le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale da privato per l'anno **2017** ed ha emanato anche il relativo schema contrattuale, cui si uniforma il presente contratto;
- che l'Azienda con nota di convocazione prot. n. _____ del _____ ha dato avvio al procedimento di negoziazione del *budget* individuale per l'anno **2017**;
- che la disciplina recata nel presente contratto assorbe in sé quella relativa al periodo dall'01.01.**2017** alla data di sottoscrizione del presente contratto.

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 Sanitarie Provinciali negoziano preventivamente con le strutture sanitarie l'ammontare delle prestazioni erogabili per conto del servizio sanitario regionale nei limiti degli aggregati determinati dalla Regione, tenendo conto della qualità delle prestazioni erogabili, della programmazione regionale, del fabbisogno di assistenza individuato dalla Regione e dei propri vincoli di bilancio;
- il D. A. n _____ del _____ con il quale è stato determinato l'aggregato regionale e sono stati determinati gli aggregati provinciali per l'anno **2017** per la specialistica ambulatoriale da privato, quali tetti di spesa invalicabili;

Stipulano quanto segue

Art. 1

Le premesse costituiscono parte integrante del presente contratto. Si intendono, altresì, qui interamente richiamate tutte le regole contenute nel D.A. n. _____ del _____ dal quale il presente contratto trae origine e che le parti dichiarano, con la sottoscrizione dello stesso, di conoscere in ogni sua parte.

Art. 2

1. L'ammontare del *budget* attribuibile allo specialista e/o alla struttura specialistica _____ per le prestazioni da erogare ai pazienti residenti nel territorio regionale siciliano è determinato per l'anno **2017** in euro _____, di cui per la Emodialisi euro..... (nel caso di budget per la Nefrologia), comprensivo delle quote già assegnate;
2. Al fine di assicurare le prestazioni indispensabili per i pazienti affetti da tumore, il budget assegnato dovrà prioritariamente assicurare l'erogazione di tutte le prestazioni contrassegnate con codice "048" e correlate alla patologia oncologica accertata.
3. La struttura specialistica si impegna a migliorare il livello di appropriatezza delle prestazioni, e ad erogare, oltre quelle specificate al superiore comma 2, le seguenti ulteriori prestazioni rispondenti all'effettivo fabbisogno dell'ASP:
-
-
-
-
4. L'ammontare del *budget* attribuito allo specialista e/o alla struttura specialistica è comprensivo delle prestazioni da erogare ai pazienti extra regione, se non diversamente disposto nel D.A. n.....del..... Le strutture specialistiche sono tenute a produrre separatamente le fatture comprovanti le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale) avendo cura di indicare la valorizzazione di tali prestazioni nella misura del 100% delle tariffe vigenti nel territorio regionale siciliano; la mancata separata evidenza della contabilizzazione comporterà automaticamente il mancato riconoscimento di tali prestazioni.

Art. 3

1. Lo specialista e/o la struttura specialistica _____ si impegna a trasmettere all'Azienda Sanitaria Provinciale la fatturazione ed il flusso "M", 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 vincolanti per la liquidazione delle prestazioni.
2. Il mancato rispetto della tempistica di invio dei dati comporterà la sospensione del pagamento delle prestazioni, rinviando a successive verifiche eventuali congruagli.

Art. 4

1. La remunerazione delle prestazioni allo specialista e/o alla struttura specialistica _____ avverrà sulla base del tariffario regionale vigente, 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. Lo specialista e/o la struttura specialistica _____ 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 avendo particolare riguardo per le fasce cosiddette deboli (over 65 anni, esenti con patologia, bambini al di sotto dei 6 anni).
3. Le prestazioni eccedenti i limiti fissati non potranno in alcun caso essere remunerate e ove fatturate, dovranno essere stornate con apposite note di credito di pari importo.

Art. 5

1. A fronte delle prestazioni erogate, rendicontate e fatturate, l'ASP corrisponderà alla struttura privata.....mensilmente un importo non superiore ad 1/12 del *budget* assegnato (ad eccezione della Nefrologia e Radioterapia a cui sarà corrisposto il valore del fatturato), previa effettuazione di tutte le verifiche previste dalle norme vigenti ai fini della liquidazione. 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 **2017** i conguagli e i pagamenti dei relativi saldi, ove dovuti, saranno effettuati entro il 15 marzo dell'anno successivo.
3. Ai fini della regolarità contabile, la liquidazione e 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 rese nell'anno **2017**. 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 fiscale auto-emesso al soggetto contraente e all'Agenzia delle Entrate territorialmente competente.

Art. 6

1. 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

1. Lo specialista e/o la struttura specialistica _____, in conformità a quanto previsto 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 usuraio da parte di organizzazioni o soggetti criminali;
 - b) rispettare puntualmente la normativa in materia di contratti di lavoro, di sicurezza nei luoghi di lavoro, in materia previdenziale;
 - 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 e s.m.i.. 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 gg. 30 (trenta);
 - e) comunicare tempestivamente all'Azienda Sanitaria Provinciale le eventuali variazioni della compagine sociale ai fini della verifica dei requisiti di legge;¹
 - f) garantire il suo inserimento nel sistema unico di prenotazione sia a livello provinciale sia a livello regionale;

¹ Nel caso di società.

g) rispettare gli obblighi di pubblicità previsti dall'art. 41, comma 6, del D.Lgs 14/03/2013, n.33 e s.m.i..

2. La violazione debitamente accertata delle obbligazioni assunte in conformità a quanto previsto sub a), b), c), d, ed e) costituirà causa di risoluzione del contratto, ai sensi degli artt. 1455 e 1456 c.c., 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 dallo specialista e/o dalla struttura specialistica e sulla relativa spesa, oltre che sul rispetto delle condizioni previste dal presente contratto.

Art. 9

Con la sottoscrizione del presente contratto lo specialista e/o la struttura specialistica privataaccetta espressamente completamente e incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa per l'anno **2017**, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto tali atti determinano il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione dei suddetti provvedimenti, con la sottoscrizione del presente contratto, il suddetto specialista e/o la struttura specialistica privata rinuncia alle azioni impugnative già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai conteziosi instaurabili avverso gli stessi.

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

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 _____ con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti contraenti.

Letto, confermato e sottoscritto

Lo specialista/ Legale Rappresentante della struttura.....

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di

Lo specialista/il legale rappresentante della struttura dichiara, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 c.c., di aver preso visione e piena conoscenza delle norme del presente contratto ivi comprese le clausole di cui agli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, e 11 che accetta espressamente.

Letto, confermato e sottoscritto

Lo specialista/ Legale Rappresentante della struttura.....

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di