

D.A. n. 1563/2016
Dipartimento Pianificazione Strategica
(2016 - Servizio 5)

REPUBBLICA ITALIANA



**REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELLA SALUTE**

**Dipartimento per la Pianificazione Strategica
Servizio 5 - Economico finanziario**

L'ASSESSORE

AGGREGATI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA DA PRIVATO - ANNO 2016

Visto lo Statuto della Regione Siciliana;

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

Visto il D.A. n. 890 del 17.06.2002 e s.m.i.;

Visto il D.A. n. 01174 del 30 maggio 2008 e s.m.i. recante disposizioni sui "Flussi Informativi";

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 DA n. 923/2013 del 14 maggio 2013 con il quale sono state adottate, a far data dal 1° giugno 2013, le tariffe di cui al D.M. 18 ottobre 2012, pubblicato sulla GURI n. 23 del 28.01.2013, per le prestazioni di assistenza ospedaliera;

Visto il DA n. 924/2013 del 14 maggio 2013 con il quale sono state adottate, a far data dal 1° giugno 2013, le tariffe di cui al D.M. 18. ottobre 2012, pubblicato sulla GURI n. 23 del 28.01.2013, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;

Visto il DA n. 954/2013 del 17 maggio 2013 con il quale sono state rideterminate, a far data dal 1° giugno 2013, le tariffe per le prestazioni erogate in regime di Day Service;

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'S' followed by a smaller signature.

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, proposto ai sensi dell'art. 11 del D.L. 31.05.2010 n. 78 convertito in legge 30.07.2010 n. 122, adottato con DA n.476 del 26 marzo 2014;

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 sulla GURI n. 47 del 26.02.2016, 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. Le tariffe massime delle strutture che erogano assistenza ospedaliera di cui al comma 15, valide dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro previsto dal medesimo comma 15, costituiscono riferimento, fino alla data del 31 dicembre 2016, per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica"*.

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

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;

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;

Considerato che, ai sensi dell'articolo 25 della legge regionale n.5/2009, anche per l'assistenza ospedaliera privata convenzionata la Regione è tenuta, sulla base delle risorse disponibili (Fondo Sanitario Regionale), a definire annualmente il tetto di spesa da assegnare 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;

Preso Atto degli esiti del confronto con le 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;

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: *"A tutti i 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, 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”;

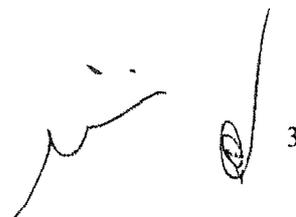
Vista la Legge n.208 del 28 dicembre 2015 (legge di stabilità 2016) che all'articolo 1, comma 574, lett. b) ha ulteriormente modificato il comma 14 dell'art. 15 del Decreto-Legge n. 95 del 6 luglio 2012, convertito con modificazioni dalla Legge 7 Agosto 2012 n.135, apportando le seguenti variazioni: *“A decorrere dall'anno 2016, in considerazione del processo di riorganizzazione del settore ospedaliero privato accreditato in attuazione di quanto previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza ...omissis....., in deroga ai limiti previsti dal primo periodo. Al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga di cui al periodo precedente, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adottare misure alternative, volte, in particolare, a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza, acquistate dagli erogatori privati accreditati, in misura tale da assicurare il rispetto degli obiettivi di riduzione di cui al primo periodo, nonché gli obiettivi previsti dall'articolo 9-quater, comma 7, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n.125; possono contribuire al raggiungimento del predetto obiettivo finanziario anche misure alternative a valere su altre aree della spesa sanitaria. Le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità e i relativi criteri di appropriatezza sono definiti con successivo accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. In sede di prima applicazione sono definite prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità i ricoveri individuati come "ad alta complessità" nell'ambito del vigente Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano....omissis”;*

Considerato, per effetto dell'applicazione del comma 14 dell'art. 15 del D.L. 95/2012, convertito con modifiche nella Legge 7 Agosto 2012 n.135, che l'aggregato di spesa annua per l'assistenza ospedaliera da privato per l'anno 2016 si attesta in euro **469.660.000,00**, come esplicitato nella tabella sottostante:

	<i>Totale spesa sostenuta nel 2011</i>	<i>Aggregato 2016 = spesa 2011 -2%</i>
<i>attività di ricovero</i>	<i>463.738.000,00</i>	<i>454.463.000,00</i>
<i>attività extra regione</i>	<i>8.657.000,00</i>	<i>8.484.000,00</i>
<i>DRG in "fuga"</i>	<i>6.850.000,00</i>	<i>6.713.000,00</i>
TOTALE	479.245.000,00	469.660.000,00

Preso Atto del DDG n.1132 del 29/06/2015 di approvazione della transazione sottoscritta in data 21 maggio 2015 con la Soc. Ginnic Club Vanico s.r.l. in cui è stato stabilito che a decorrere dall'anno 2015, sarà destinata alla provincia di Trapani, per la branca di riabilitazione, l'incremento della somma di euro **1.800.000,00** da destinarsi alla contrattualizzazione da parte dell'ASP di Trapani della suddetta struttura per n.25 p.l. di riabilitazione;

Visto il DA n. 1418 del 12 agosto 2015 e s.m.i., con i quali sono stati determinati gli aggregati provinciali e regionali per l'assistenza ospedaliera da privato per l'anno 2015, come riportato nella tabella sottostante:



3

<i>AZIENDE SANITARIE</i>	<i>AGGREGATO 2014</i>	<i>DECREMENTI D.A. N. 1418 DEL 12 AGOSTO 2015</i>	<i>INCREMENTI D.A. N. 1418 DEL 12 AGOSTO 2015</i>	<i>AGGREGATO 2015</i>
Attività ordinaria di ricovero				
ASP AG	12.218.000,00			12.218.000,00
ASP CL	14.368.000,00			14.368.000,00
ASP CT	152.501.000,00			152.501.000,00
ASP ME	68.919.000,00	- 2.991.000,00	557.000,00	66.485.000,00
ASP PA	147.872.000,00	- 2.576.000,00	1.848.000,00	147.144.000,00
ASP RG	7.587.000,00		728.000,00	8.315.000,00
ASP SR	35.721.000,00			35.721.000,00
ASP TP	15.277.000,00		1.800.000,00	17.077.000,00
	454.463.000,00			453.829.000,00
<i>Mobilità attiva extra regione</i>	8.484.000,00			8.484.000,00
<i>DRG in "fuga"</i>	6.713.000,00		2.434.000,00	9.147.000,00
	469.660.000,00			471.460.000,00

Ritenuto che per l'effetto della transazione sottoscritta in data 21 maggio 2015 con la Soc. Ginnic Club Vanico s.r.l. di confermare l'aggregato complessivo regionale, per l'anno 2016, in euro **471.460.000,00**, pari a quello determinato per l'anno 2015;

Visto il DDG n.199 del 10 febbraio 2015 con il quale è stato revocato l'accreditamento istituzionale concesso alla Casa di Cura Santa Rita di Messina;

Vista la nota prot.n.36441 del 29/04/2015 a firma congiunta dei Dirigenti Generali dei Dipartimenti regionali di questo Assessorato indirizzata al legale rappresentante della Casa di Cura COT - Cure Ortopediche Traumatologiche S.p.A. di Messina;

Vista la nota della Casa di Cura COT di Messina del 06/05/2015;

Visto il DDG n.1018 del 16/06/2015 con il quale sono accreditati n.9 posti letto per acuti alla Casa di Cura COT di Messina;

Vista la nota prot. n.63655/15.2 del 14 luglio 2015 della Prefettura – Ufficio Territoriale del Governo di Messina assunta al protocollo di questo Assessorato con n.0061910 del 31/07/2015;

Considerato che l'importo consuntivato per l'anno 2011 della ex Casa di Cura Santa Rita di Messina, nel rispetto dei criteri fissati dall'articolo 6 del DA n.1179 del 22/06/2011, si determina in euro 3.052.053,00 di cui euro 613.800,00 per la lungodegenza, euro 1.072.969,00 per la riabilitazione ed euro 1.365.284,00 per acuti;

Preso Atto che dall'applicazione delle decurtazioni previste dal comma 14 dell'articolo 15 del Decreto Legge n. 95 del 6 luglio 2012, convertito con modificazioni dalla Legge 7 Agosto 2012 n.135, l'importo di euro 3.052.053,00 si ridetermina in euro 2.991.000,00 per l'anno 2016, di cui euro 1.337.000,00 per acuti, euro 602.000,00 per lungodegenza ed euro 1.052.000,00 per riabilitazione;

Ritenuto di attribuire l'importo di euro 1.337.000,00 all'ASP di Messina per la contrattualizzazione, sulla base del DDG n.1018/2015, dei n.9 posti letto per acuti della Casa di Cura COT di Messina che, per l'anno 2016, si ridetermina soltanto in un incremento di budget di euro 780.000,00 in ragione del budget attribuito nell'anno 2015 pari a euro 557.000,00 in ragione di anno;

Ritenuto, sulla base di quanto convenuto in sede di confronto con l'Organizzazione Sindacale AIOP regionale, di assegnare il budget non utilizzato per lungodegenza e riabilitazione della ex Casa di Cura Santa Rita di

Messina, pari ad euro 1.654.000,00, esclusivamente per l'anno 2016, ad incremento dei DRG "fuga di cui al presente decreto;

Ritenuto, per quanto fin qui espresso, che il tetto di spesa complessivo per l'assistenza ospedaliera da privato per l'anno 2016 determinato, secondo quanto precede, in complessivi euro 471.460.000,00, comprensivo delle risorse destinate alle prestazioni erogate con i posti letto di residenzialità psichiatrica, di cui al Piano Operativo Regionale 2010-2012 (azione 1.4), è composto dai seguenti specifici aggregati di spesa regionale:

- aggregato destinato all'attività ordinaria di ricovero
 - aggregato destinato all'erogazione dei DRG "in fuga"
 - aggregato destinato alla mobilità attiva extra regione
- secondo la seguente ripartizione:

AZIENDE SANITARIE	AGGREGATO REGIONALE 2015	DECREMENTI PRESENTE DECRETO E DECRETO D.A. N. 1418 12/0/2015	INCREMENTI PRESENTE DECRETO	AGGREGATO REGIONALE 2016
Attività ordinaria di ricovero				
ASP AG	12.218.000,00			12.218.000,00
ASP CL	14.368.000,00			14.368.000,00
ASP CT	152.501.000,00			152.501.000,00
ASP ME	66.485.000,00		780.000,00	67.265.000,00
ASP PA	147.144.000,00			147.144.000,00
ASP RG	8.315.000,00			8.315.000,00
ASP SR	35.721.000,00			35.721.000,00
ASP TP	17.077.000,00			17.077.000,00
	453.829.000,00			454.609.000,00
Mobilità attiva extra regione	8.484.000,00			8.484.000,00
DRG in "fuga"	9.147.000,00	2.434.000,00	1.654.000,00	8.367.000,00
	471.460.000,00			471.460.000,00

Considerato che, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, comma 574, lett. b) della Legge n.208/2015, la Regione Siciliana, nelle more che si definiscano gli accordi di confine, gli effetti del nuovo quadro normativo nonché il processo di riorganizzazione del settore ospedaliero privato accreditato in attuazione di quanto previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della Salute 2 aprile 2015, n. 70, ritiene necessario, per l'anno 2016, fissare un tetto di spesa invalicabile per le prestazioni sanitarie erogate per mobilità attiva;

Ritenuto conseguentemente, definire invalicabili i tetti di spesa provinciali dell'ospedalità privata (case di cura) per le prestazioni di ricovero acuti e post acuti, erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale).

Per la mobilità attiva extra regionale, alle singole strutture il budget verrà assegnato in proporzione all'attività sanitaria dalle medesime erogata nell'anno 2015 per tale tipologia di prestazioni di mobilità e, comunque, entro il limite massimo invalicabile dei tetti di spesa provinciali sotto riportati:

AGGREGATI PROVINCIALI PER MOBILITA' ATTIVA EXTRA REGIONE	IMPORTI
ASP DI AGRIGENTO	16.000,00
ASP DI CALTANISSETTA	39.000,00
ASP DI CATANIA	1.712.000,00
ASP DI MESSINA	5.546.000,00
ASP DI PALERMO	740.000,00
ASP DI RAGUSA	132.000,00
ASP DI SIRACUSA	207.000,00
ASP DI TRAPANI	92.000,00
TOTALE	8.484.000,00

Ai fini della remunerazione delle prestazioni erogate in mobilità attiva, sia per i ricoveri per acuti che per le prestazioni di riabilitazione e/o di lungodegenza, ai cittadini provenienti da altre regioni, si riconoscerà la corrispondente tariffa regionale vigente nella misura del 100%, in conformità alle osservazioni avanzate in più occasioni dal Ministero della Salute in merito all'applicazione dell'articolo 25 della L.R. n.5/2009, comma 1 lett. f) e s.m.i..

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

Le eventuali economie che si realizzino nell'ambito di ciascun aggregato provinciale per la mobilità attiva "extra regione" dovranno essere redistribuite in favore di quelle strutture della stessa provincia che hanno registrato una maggiore produzione per la stessa attività "extra regione", rispetto al budget assegnato.

Considerato che costituisce interesse strategico della Regione, in quanto funzionale al processo di riduzione delle prestazioni di ricovero che alimentano la mobilità passiva prevedere, *in via sperimentale*, per l'anno 2016 che le strutture private accreditate assicurino, all'interno dell'aggregato per acuti, prioritariamente l'erogazione delle prestazioni, contenute nella tabella "A" che fa parte integrante del presente decreto, per le quali si registra una maggiore "fuga" verso altre regioni di pazienti siciliani, con l'obbligo per le Case di Cura Convenzionate di leale collaborazione e di rispettare gli appropriati *setting* assistenziali;

Ritenuto per quanto precede di far confluire le risorse destinate per le prestazioni dei cosiddetti "DRG fuga", pari ad euro 8.367.000,00, *in via sperimentale*, per l'anno 2016 all'interno dell'ammontare dell'aggregato di spesa regionale per acuti, in proporzione alla media della produzione liquidabile al 70% dei "DRG fuga" erogati e validati nel triennio 2012-2014 in ciascuna provincia, in quanto dati consolidati, così come comunicati dalle stesse Aziende Sanitarie Provinciali a seguito della richiesta assessoriale prot. n. 49178 del 06/06/2016.

<i>Azienda</i>	<i>valore complessivo della produzione DRG fuga liquidabile calcolato con il tariffario regionale vigente al 70% - anno 2012</i>	<i>valore complessivo della produzione DRG fuga liquidabile calcolato con il tariffario regionale vigente al 70% - anno 2013</i>	<i>valore complessivo della produzione DRG fuga liquidabile calcolato con il tariffario regionale vigente al 70% - anno 2014</i>	<i>valore complessivo della produzione DRG fuga liquidabile calcolato con il tariffario regionale vigente al 70% - media 2012-2014</i>	<i>distribuzione somma disponibile per DRG fuga sulla media della produzione 2012-2014</i>
ASP AGRIGENTO	173.365,26	204.882,96	63.091,62	147.113,28	74.000,00
ASP CALTANISSETTA	1.372.068,59	1.297.152,14	577.176,30	1.082.132,34	545.000,00
ASP CATANIA	3.972.550,83	2.664.646,62	3.304.151,06	3.313.782,84	1.667.000,00
ASP MESSINA	1.584.083,28	3.871.573,27	4.197.444,92	3.217.700,49	1.620.000,00
ASP PALERMO	3.803.742,29	8.656.147,97	7.127.243,78	6.529.044,68	3.285.000,00
ASP RAGUSA	1.504.334,52	931.052,86	642.838,76	1.026.075,38	516.000,00
ASP SIRACUSA	1.035.140,20	846.000,00	1.070.557,33	983.899,18	495.000,00
ASP TRAPANI	188.806,24	426.136,68	369.823,23	328.255,38	165.000,00
TOTALE	13.634.091,21	18.897.592,50	17.352.327,00	16.628.003,57	8.367.000,00

Ritenuto, pertanto, di fissare il tetto di spesa complessivo per l'assistenza ospedaliera da privato, per l'anno 2016, determinato in complessivi euro **471.460.000,00**, composto dai seguenti specifici aggregati di spesa regionale, *in via sperimentale*:

- aggregato destinato all'attività ordinaria di ricovero
- aggregato destinato alla mobilità attiva extra regione

	<i>Aggregato Regionale 2016</i>
attività ordinaria di ricovero	462.976.000,00
Mobilità attiva extra regione	8.484.000,00
TOTALE	471.460.000,00

Ritenuto, pertanto, che le Aziende Sanitarie Provinciali per l'assegnazione dei budget per l'attività ordinaria di ricovero, anno 2016, alle Case di Cura accreditate di media ed alta specialità, che già erogano prestazioni per il Servizio Sanitario Regionale, disporranno delle somme a fianco di ciascuna indicate nella seguente tabella, costruita in base ai valori storici (D.A. n. 1418/2015) per la quota di lungodegenza, riabilitazione ed, in base a quanto sopra esposto, per la quota di ricovero acuti:

AZIENDA	A QUOTA LUNGODEGENZA	B QUOTA RIABILITAZIONE	C QUOTA RICOVERI ACUTI	D QUOTA DA DRG IN FUGA	E= C+D TOTALE QUOTA RICOVERI ACUTI	AGGREGATI PER ANNO 2016
ASP DI AGRIGENTO	-	-	12.218.000,00	74.000,00	12.292.000,00	12.292.000,00
ASP DI CALTANISSETTA	254.100,00	3.733.600,00	10.380.300,00	545.000,00	10.925.300,00	14.913.000,00
ASP DI CATANIA	2.022.000,00	33.048.000,00	117.431.000,00	1.667.000,00	119.098.000,00	154.168.000,00
ASP DI MESSINA	609.900,00	8.658.700,00	57.996.400,00	1.620.000,00	59.616.400,00	68.885.000,00
ASP DI PALERMO	2.979.300,00	6.527.700,00	137.637.000,00	3.285.000,00	140.922.000,00	150.429.000,00
ASP DI RAGUSA	-	3.111.100,00	5.203.900,00	516.000,00	5.719.900,00	8.831.000,00
ASP DI SIRACUSA	-	3.971.900,00	31.749.100,00	495.000,00	32.244.100,00	36.216.000,00
ASP DI TRAPANI	-	4.342.000,00	12.733.000,00	165.000,00	12.900.000,00	17.242.000,00
TOTALE	5.865.300,00	63.393.000,00	385.350.700,00	8.367.000,00	393.717.700,00	462.976.000,00

Considerato che:

- le Aziende Sanitarie Provinciali nella determinazione dei budget da assegnare per l'anno 2016 alle Case di Cura, dovranno tenere conto del rapporto tra il budget attribuito nell'anno 2015 e i tetti di spesa provinciali di cui alla precedente tabella, tenendo distinte le quote per acuti, lungodegenza e riabilitazione;
- alle singole Case di Cura con budget misto è consentito di spostare, entro i limiti del budget complessivo assegnato, la minore produzione di attività verificatasi nelle tipologie di prestazioni relative a lungodegenza e riabilitazione, nella misura massima del 5%, in favore dell'attività per acuti, mentre in caso di minore produzione verificatasi nell'attività per acuti, lo spostamento è consentito, nella misura massima del 10%, in favore delle tipologie di attività relative alla lungodegenza ed alla riabilitazione;
- le eventuali economie che si realizzino nell'ambito di ciascun aggregato di spesa provinciale destinato all'attività ordinaria di ricovero e a ciascuna tipologia, secondo la precedente tabella, devono essere redistribuite prioritariamente all'interno dello stesso, a condizione che i Direttori Generali delle ASP, attraverso motivate ed accertate esigenze, provvedano a rinegoziare, entro e non oltre il 30 novembre 2016, i budget delle strutture, senza che questo influenzi o determini automatismi nella determinazione dei budget per l'anno successivo;
- le Case di Cura potranno erogare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ad eccezione delle prestazioni di laboratorio di analisi, esclusivamente nell'ambito della presa in carico dei pazienti e per assicurare la continuità assistenziale degli stessi per l'episodio di malattia che ha determinato il ricovero nonché per le prestazioni ad esso correlate, senza alcuna estensione diretta o indiretta del rapporto contrattuale in essere e nel limite massimo del 3% del budget che sarà assegnato per effetto del presente decreto;

Ritenuto, per le suddette finalità, di dover onerare i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali di operare un costante e sistematico monitoraggio e controllo sull'andamento dell'attività erogata dalle Case di Cura e del rispetto delle condizioni previste dal contratto sottoscritto sulla base dello schema di cui all'allegato B al presente provvedimento;

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

DECRETA

Art. 1 – Per quanto riportato in premessa, che qui si intende interamente richiamato, l'aggregato regionale complessivo per l'assistenza ospedaliera da privato per l'anno 2016 delle case di cura è determinato in €

 7

471.460.000,00, che costituisce tetto di spesa massimo per tali prestazioni, ed è composto dagli specifici aggregati riportati nella seguente tabella:

	<i>Aggregato Regionale 2016</i>
<i>attività ordinaria di ricovero</i>	<i>462.976.000,00</i>
<i>Mobilità attiva extra regione</i>	<i>8.484.000,00</i>
TOTALE	471.460.000,00

Art. 2 – Per l'anno 2016, le Aziende Sanitarie Provinciali per l'assegnazione dei budget per l'attività ordinaria di ricovero, comprensivo anche delle risorse destinate alle prestazioni erogate nei posti letto di residenzialità psichiatrica, alle case di cura accreditate già contrattualizzate, disporranno ciascuna delle somme a fianco indicate nella seguente tabella:

<i>AZIENDA</i>		<i>QUOTA LUNGODEGENZA</i>	<i>QUOTA RIABILITAZIONE</i>	<i>QUOTA RICOVERI PER ACUTI</i>	<i>AGGREGATI PROVINCIALI PER ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2016</i>
<i>ASP DI AGRIGENTO</i>	<i>AG</i>			<i>12.292.000,00</i>	<i>12.292.000,00</i>
<i>ASP DI CALTANISSETTA</i>	<i>CL</i>	<i>254.100,00</i>	<i>3.733.600,00</i>	<i>10.925.300,00</i>	<i>14.913.000,00</i>
<i>ASP DI CATANIA</i>	<i>CT</i>	<i>2.022.000,00</i>	<i>33.048.000,00</i>	<i>119.098.000,00</i>	<i>154.168.000,00</i>
<i>ASP DI MESSINA</i>	<i>ME</i>	<i>609.900,00</i>	<i>8.658.700,00</i>	<i>59.616.400,00</i>	<i>68.885.000,00</i>
<i>ASP DI PALERMO</i>	<i>PA</i>	<i>2.979.300,00</i>	<i>6.527.700,00</i>	<i>140.922.000,00</i>	<i>150.429.000,00</i>
<i>ASP DI RAGUSA</i>	<i>RG</i>		<i>3.111.100,00</i>	<i>5.719.900,00</i>	<i>8.831.000,00</i>
<i>ASP DI SIRACUSA</i>	<i>SR</i>		<i>3.971.900,00</i>	<i>32.244.100,00</i>	<i>36.216.000,00</i>
<i>ASP DI TRAPANI</i>	<i>TP</i>		<i>4.342.000,00</i>	<i>12.900.000,00</i>	<i>17.242.000,00</i>
Totale		<i>5.865.300,00</i>	<i>63.393.000,00</i>	<i>393.717.700,00</i>	<i>462.976.000,00</i>

Art. 3 – Nella determinazione dei budget da assegnare per l'anno 2016 alle Case di Cura, i Direttori Generali delle AA.SS.PP. dovranno tenere conto del rapporto tra il budget attribuito nell'anno 2015 e i tetti di spesa provinciali di cui all'art.2, tenendo distinte le quote per acuti, lungodegenza e riabilitazione.

Art. 4 – Alle Case di Cura con budget misto è consentito di spostare, entro i limiti del budget complessivo assegnato, la minore produzione di attività verificatasi nelle tipologie di prestazioni relative a lungodegenza e riabilitazione, nella misura massima del 5% in favore dell'attività per acuti, mentre in caso di minore produzione verificatasi nell'attività per acuti, lo spostamento è consentito nella misura massima del 10%, ed entro i limiti del budget complessivo, in favore delle tipologie di attività relative alla lungodegenza ed alla riabilitazione.

Le eventuali economie che si realizzino nell'ambito di ciascun aggregato di spesa provinciale, destinato all'attività ordinaria di ricovero ed a ciascuna tipologia di ricovero, secondo la tabella di cui all'art.2, dovranno essere redistribuite prioritariamente all'interno dello stesso aggregato di spesa, a condizione che i Direttori Generali delle ASP attraverso motivate ed accertate esigenze, provvedano a rinegoziare, entro e non oltre il 30 novembre 2016, i budget delle strutture senza che questo influenzi o determini automatismi nella definizione del budget per l'anno successivo.

Le Case di Cura potranno erogare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ad eccezione delle prestazioni di laboratorio di analisi, esclusivamente nella presa in carico dei pazienti e per assicurare la continuità assistenziale agli stessi per l'episodio di malattia che ha determinato il ricovero nonché per le prestazioni ad esso correlate, senza alcuna estensione diretta o indiretta del rapporto contrattuale in essere e nel limite massimo del 3% del budget che sarà assegnato per effetto del presente decreto.

Art. 5 – Le Aziende Sanitarie Provinciali assegneranno, per l'anno 2016, alle Case di Cura un budget destinato alle prestazioni di ricovero per acuti e post-acuti erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale), in proporzione all'attività sanitaria dalle medesime erogata e riconosciuta

nell'anno 2015 e comunque entro i limiti invalicabili delle somme disponibili indicate a fianco di ciascuna azienda, nella seguente tabella:

AGGREGATI PROVINCIALI PER MOBILITA' ATTIVA EXTRA REGIONE	IMPORTI
ASP DI AGRIGENTO	16.000,00
ASP DI CALTANISSETTA	39.000,00
ASP DI CATANIA	1.712.000,00
ASP DI MESSINA	5.546.000,00
ASP DI PALERMO	740.000,00
ASP DI RAGUSA	132.000,00
ASP DI SIRACUSA	207.000,00
ASP DI TRAPANI	92.000,00
TOTALE	8.484.000,00

Ai fini della remunerazione delle prestazioni erogate in mobilità attiva, sia per i ricoveri per acuti che per le prestazioni di riabilitazione e/o di lungodegenza, ai cittadini provenienti da altre regioni, si riconoscerà la corrispondente tariffa regionale vigente nella misura del 100%, in conformità alle osservazioni avanzate in più occasioni dal Ministero della Salute in merito all'applicazione dell'articolo 25 della L.R. n.5/2009, comma 1 lett. f) e s.m.i..

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

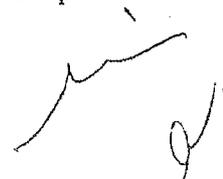
Le eventuali economie che si realizzino nell'ambito di ciascun aggregato provinciale per la mobilità attiva "extra regione", come nella tabella sopra indicata, dovranno essere redistribuite in favore di quelle strutture della stessa provincia che hanno registrato una maggiore produzione per la stessa attività "extra regione", rispetto al budget assegnato per tale tipologia di attività.

Art. 6 - E' obiettivo dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali il raggiungimento dei livelli di appropriatezza e di qualità di assistenza secondo quanto previsto dal nuovo Patto della salute. In sede di stipula dei contratti con le singole case di cura, le Aziende individuano, riportandole nel contratto, le prestazioni relative a ricoveri inappropriati che la struttura si impegna a ridurre e le eventuali prestazioni che invece si impegna a rendere in modo rispondente ai criteri di appropriatezza e all'effettivo fabbisogno. Pertanto, i contratti da sottoscrivere tra le ASP e le Case di Cura private accreditate dovranno riportare, secondo la *mission* della struttura, il volume complessivo delle prestazioni contrattualizzate, il service-mix e il livello di appropriatezza delle procedure.

Art. 7 - Al fine di ridurre le prestazioni di ricovero rese in mobilità passiva, le Case di Cura dovranno, in via sperimentale per l'anno 2016, prioritariamente assicurare l'erogazione di tutte le prestazioni per le quali si registra una maggiore "fuga" verso altre regioni di pazienti siciliani, e contenute nella tabella "A" che fa parte integrante del presente decreto, con l'obbligo per le Case di Cura Convenzionate di leale collaborazione e di rispettare gli appropriati *setting* assistenziali;

Art. 8 - I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali dovranno espletare le attività negoziali con i soggetti erogatori entro 30 giorni dalla notifica del presente decreto, secondo i criteri indicati nel presente provvedimento. Si fa obbligo ai Direttori Generali di inviare all'Assessorato, nei 15 giorni successivi, in formato elettronico, i contratti sottoscritti con gli stessi erogatori nel rispetto degli aggregati di cui ai precedenti articoli, nonché prospetti riassuntivi dei dati contrattuali secondo le indicazioni dell'Assessorato della Salute;

Art. 9 - Ai fini della contrattualizzazione e della liquidazione delle prestazioni alle Case di Cura, le Aziende Sanitarie Provinciali procederanno alla preventiva verifica dei requisiti e a tutti gli adempimenti richiesti dalla normativa vigente.



Art. 10 - Le Aziende Sanitarie Provinciali, ai fini della stipula dei contratti relativi all'esercizio 2016 utilizzeranno lo schema di contratto di cui all'allegato "B" al presente decreto.

Per le strutture sanitarie private accreditate 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 ricorrente, fino alla definizione dell'eventuale contenzioso.

Art. 12 - E' fatto obbligo alle Aziende Sanitarie Provinciali di trasmettere alla Regione - Assessorato della Salute - i tracciati relativi alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, entro il 15° giorno del mese successivo a quello di riferimento. I tracciati dovranno essere accompagnati da attestazione idonea a certificare la completezza e la qualità dei dati contenuti.

Art. 13 - E' fatto obbligo ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali di operare un costante e sistematico monitoraggio e controllo sull'andamento dell'attività erogata dalle Case di Cura e del rispetto delle condizioni previste dal contratto sottoscritto sulla base dello schema di cui all'allegato B al presente provvedimento, in esito alle procedure negoziali con le singole strutture erogatrici.

Art. 14 - Gli oneri che scaturiscono dal presente decreto trovano copertura nell'ambito delle risorse del fondo sanitario regionale assegnate, in sede di negoziazione, per quota capitaria alle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione Siciliana.

Art. 16 - Il presente decreto sarà notificato alle Aziende Sanitarie Provinciali e, da queste, a tutti i centri privati accreditati che erogano prestazioni di ricovero.

Ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione dei contenuti del presente decreto sul sito "on line", lo stesso sarà trasmesso al Responsabile del procedimento.

Il presente decreto sarà, altresì, trasmesso alla GURS per la relativa pubblicazione.

Palermo, 31 AGO. 2016



L'Assessore

On.le Baldassarre Gucciardi

DRG24	Tipo DRG	DESCRIZIONE
8	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC
9	M	Malattie e traumi del midollo spinale
12	M	Malattie degenerative del sistema nervoso
36	C	Interventi sulla retina
42	C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino
53	C	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni
75	C	Interventi maggiori sul torace
104	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoraci con cateterismo cardiaco
145	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC
191	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC
216	C	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo
223	C	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC
225	C	Interventi sul piede
227	C	Interventi sui tessuti molli senza CC
245	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC
288	C	Interventi per obesità
290	C	Interventi sulla tiroide
303	C	Interventi su rene e uretere per neoplasia
305	C	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC
335	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC
408	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi
481	C	Trapianto di midollo osseo
498	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC
500	C	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC
503	C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
518	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA
520	C	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC
544	C	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori
545	C	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio
570	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore

Contratto tra l'ASP di _____ e la Casa di Cura _____

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

Sono presenti

L'Azienda Sanitaria Provinciale di

Partita Iva:.....Codice Fiscale (se diverso dalla Partita Iva)

Rappresentata dal Direttore Generale Dr.....nato a.....

il.....munito dei necessari poteri come da Decreto di nomina n..... del.....

e domiciliato, ai fini del presente atto, presso la sede dell'Azienda medesima

E

La Casa di Cura _____ (*indicare la ragione sociale*) **codice struttura**

(obbligatorio) _____ Partita Iva: _____ Codice Fiscale (se diverso

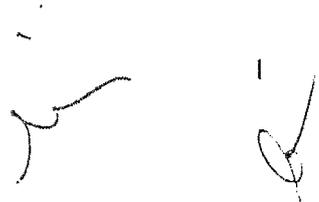
dalla partita iva) _____ con sede in _____

(Prov.: _____ CAP: _____) Via _____ n. _____ Rappresentata dal/la

Signor/a _____ Codice Fiscale: _____ domiciliato/a

per la carica presso la sede della struttura, il/la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di
dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 T.U. n. 445/2000 e s.m.i., dichiara:

- a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentante legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione allegata al presente atto:
- Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio di Amministrazione e i poteri di rappresentanza - oppure - copia autentica dello statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
 - Fotocopia della carta di identità e del codice fiscale;



- b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni – oppure – si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di
- c) di essere in regola con la normativa in materia di antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute e di sicurezza sul lavoro;
- d) di rispettare gli obblighi normativi vigenti a carico dei datori di lavoro;

Per

Regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera, 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, secondo anche le peculiari esigenze derivanti dalla 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 ai singoli comparti;
- che la Giunta regionale con delibera n. 218 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, in prosecuzione del Programma Operativo 2010/2012, proposto ai sensi dell'art. 11 del D.L. 31.05.2010 n. 78 convertito in legge 30.07.2010 n. 122, adottato con DA n.476 del 26 marzo 2014
- che con Decreto n..... del.....l'Assessore della Salute della Regione Siciliana, ha fissato i limiti massimi di spesa per le prestazioni sanitarie di ricovero per l'ospedalità privata per l'anno 2016, ed ha emanato anche il relativo schema contrattuale, cui si uniforma il presente contratto;
- che la disciplina recata nel presente contratto per l'intero anno 2016 assorbe in sé e sostituisce quella relativa al periodo dall'1.1.2016 alla data di sottoscrizione del 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 2016;

Le parti come sopra individuate,

Visti

- l'art. 8/quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
- l'art. 28 ed, in particolare, il comma 6 della legge regionale 26 marzo 2002, n. 2, il quale dispone che i direttori generali delle Aziende Unità Sanitarie Locali, oggi AA.SS.PP., negoziano preventivamente con gli erogatori sanitari privati l'ammontare delle prestazioni erogabili per conto del servizio sanitario regionale nei limiti dei budget predeterminati dalla Regione, tenendo conto della qualità delle prestazioni erogate, della programmazione regionale, del fabbisogno di assistenza individuato dalla Regione e dei propri vincoli finanziari di bilancio;
- il DA n. _____/2016 con il quale vengono determinati gli aggregati di spesa per l'anno 2016 per l'assistenza ospedaliera da privato, dichiarando invalicabile l'aggregato regionale per l'intero comparto ed i singoli aggregati provinciali per l'attività ordinaria di ricovero e per la mobilità attiva extra regione;

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 2016 attribuibile per l'attività ordinaria di ricovero alla Casa di Cura _____ per le prestazioni da erogare ai pazienti residenti nel territorio regionale siciliano, è determinato per l'anno 2016, in euro _____ comprensivo delle quote già assegnate alla data di sottoscrizione del presente contratto distinto:
 - a. PER ACUTI € _____
 - b. PER RIABILITAZIONE € _____
 - c. PER LUNGODEGENZA € _____;
2. Al fine di assicurare le prestazioni per DRG fuga, il budget per acuti assegnato dovrà prioritariamente assicurare l'erogazione delle prestazioni individuate nell'allegato "A" del DA n. _____ del _____.
3. Alla Casa di Cura è consentito di spostare, entro i limiti del budget complessivo assegnato, la minore produzione di attività verificatasi nelle tipologie di prestazioni relative a lungodegenza e riabilitazione, nella misura massima del 5%, in favore dell'attività per acuti, mentre in caso di minore produzione verificatasi nell'attività per acuti, lo spostamento è consentito, nella misura massima del 10%, in favore delle tipologie di attività relative alla lungodegenza ed alla riabilitazione.
4. La Casa di Cura non potrà erogare nel 2016 un volume di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e/o allo stesso assimilato che comporti un onere economico a carico dell'ASP maggiore del limite di spesa fissato al comma precedente, fermo restando che la Casa di Cura è soggetta all'osservanza della normativa nazionale e regionale in materia di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri.
5. La Casa di Cura si impegna a migliorare il livello di appropriatezza dei ricoveri, in particolare riducendo i ricoveri inappropriati afferenti ai seguenti DRG's:
-
-
-
e ad erogare le seguenti prestazioni rispondenti ai criteri di appropriatezza e all'effettivo fabbisogno dell'Azienda:
-
-
-
6. Le eventuali economie che si realizzino nell'ambito dell'aggregato di spesa provinciale per l'attività ordinaria di ricovero, in ciascun aggregato per tipologia, devono essere redistribuite prioritariamente all'interno dello stesso, a condizione che i Direttori Generali delle ASP attraverso motivate ed accertate esigenze, provvedano a rinegoziare, entro e non oltre il 30



novembre 2016, i budget delle strutture, senza che questo influenzi o determini automatismi nella determinazione del budget per l'anno successivo.

7. E' attribuito, per l'intero anno 2016, per le prestazioni da erogare ai pazienti in mobilità attiva extra regione, un budget di euro _____, determinato in proporzione all'attività sanitaria prodotta nell'anno 2015. Per il riconoscimento delle prestazioni erogate in mobilità attiva, si riconoscerà la corrispondente tariffa regionale vigente nella misura del 100%, in conformità alle osservazioni avanzate in più occasioni dal Ministero della Salute in merito all'applicazione dell'articolo 25 della l.r. n.5/2009, comma 1 lett. f) e s.m.i...

Le Case di Cura sono tenute a produrre separatamente alle ASP le fatture comprovanti le prestazioni erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale). La mancata evidenza separata della contabilizzazione comporterà la perdita automatica della remunerazione di tali prestazioni.

Ai sensi del presente contratto, le eventuali economie che si realizzino nell'ambito di ciascuna provincia, nei tetti di spesa per "extra regione" dovranno essere ridistribuite in favore di quelle strutture della stessa provincia che hanno registrato una maggiore produzione, in mobilità attiva extra regione, rispetto al budget assegnato.

Art. 3

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

Art. 4

1. La remunerazione delle prestazioni alla Casa di Cura _____ avverrà sulla base 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. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nel 2016 dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti.
3. La Casa di Cura _____ si impegna ad erogare le prestazioni, per le singole mensilità, mediamente in proporzione ai budget assegnati, in modo tale da garantire per il periodo di riferimento e quindi per l'intero anno l'assistenza sanitaria di propria competenza.
4. Le prestazioni eccedenti i limiti fissati per l'anno 2016 non potranno in alcun caso essere remunerate e ove fatturate, dovranno essere stornate con apposite note di credito di pari importo, fatto salvo quanto previsto al precedente comma 1.

Art. 5

1. A fronte delle prestazioni erogate, riconosciute e fatturate, l'ASP corrisponderà alla struttura privata _____ mensilmente un importo non superiore ad 1/12 del budget assegnato nel 2016 detratta, sempre nella misura di 1/12, la quota corrispondente alle prestazioni inappropriate eventualmente non riconosciute nell'anno precedente rispetto al

budget 2015. 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, nel rispetto degli obblighi normativi vigenti ai fini della liquidazione.

2. Per l'anno 2016 i conguagli e i pagamenti dei relativi saldi, ove dovuti, saranno effettuati come segue: entro e non oltre il 15 ottobre per le prestazioni del 1°, 2° e 3° trimestre, entro il 15 marzo dell'anno successivo per le prestazioni del 4° trimestre e, ove necessario, dell'intero anno.
3. Ai fini della regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento del saldo annuale è subordinata al ricevimento da parte dell'ASP delle eventuali note di credito di rettifica richieste per effetto dei risultati dei controlli di regolarità delle prestazioni. In mancanza l'ASP provvederà a norma di legge ad emettere i relativi documenti fiscali di rettifica annuale, con l'obbligo di inviare il documento auto-emesso al soggetto contraente e all'Agenzia delle Entrate.

Art. 6

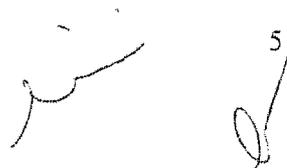
Le eventuali cessioni di credito a terzi, in forza del presente contratto, possono essere effettuate, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, soltanto in favore degli Enti Pubblici Previdenziali assistenziali ed assicurativi, decorsi 90 giorni dalla data di ricezione della fattura. Negli altri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

Art. 7

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

- a) denunciare all'Autorità Giudiziaria e/o agli Organi di Polizia ogni illecita richiesta di danaro, prestazione od altra utilità formulata anche prima della stipula del contratto o nel corso dell'esecuzione del contratto stesso, anche a propri agenti, rappresentanti o dipendenti e, comunque, ogni illecita interferenza specificamente nella fase di adempimento del contratto, o eventuale sottoposizione ad attività estorsiva o a tasso 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 ed 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. A tal fine la struttura sanitaria privata, avuta comunicazione certa della motivazione della sentenza, anche a seguito di comunicazione circostanziata da parte dell'Azienda Sanitaria Provinciale territorialmente competente, avvia le valutazioni entro una settimana comunicando comunque l'esito all'ASP entro e non oltre trenta giorni.

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



5

Art. 8

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

Art. 9

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

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 _____.

Letto, confermato e sottoscritto

La Casa di Cura / Legale Rappresentante della struttura.....

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di

Ai sensi dell'art. 1341, comma 2, del codice civile le clausole di cui agli articoli 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 sono specificamente approvati dalle parti.

La Casa di Cura / Legale Rappresentante della struttura.....

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di