A.I.O.P.
ASSOCIAZIONE ITALIANA
OSPEDALITÀ PRIVATA
SEDE REGIONE SICILIA

Palermo, 21 NOVEMBRE 2018

Il Presidente
Prot. n. 577/2018

Ai Titolari delle case di cura
LORO SEDI

Oggetto: Budget attività specialistica accreditata esterna - biennio 2018-2019.

Vi rimettiamo, in allegato, il D.A. n. 2087 del 9-11-2018 "Determinazione aggregati di spesa per l'assistenza specialistica da privato – biennio 2018-2019" in corso di pubblicazione.

Cordiali saluti.

Dott. Marco Ferlazzo

All/1

Via Giuseppe La Farina, 3 - 90141 Palermo - Tel. (091) 625 95 11 PBX - Fax (091) 34 50 57
C. F. 97008350833 - www.aiopsicilia.it - segreteria@aiopsicilia.it

D.A. n. 2087/2018
Dipartimento Pianificazione Strategica

REPUBBLICA ITALIANA

REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento per la Pianificazione Strategica

L'ASSESSORE

DETERMINAZIONE AGGREGATI DI SPESA
PER L'ASSISTENZA SPECIALISTICA DA PRIVATO - BIENNIO 2018-2019

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;

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";

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 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";

Visto il D.P. Reg. 16 febbraio 2018, n. 711 con il quale all'Ing. Mario La Rocca è stato conferito l'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento Pianificazione Strategica presso l'Assessorato della Salute della Regione Siciliana;

Visto il D.P. Reg. 16 febbraio 2018, n. 712 con il quale alla Dr.ssa Letizia Di liberti è stato conferito l'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico presso l'Assessorato della Salute della Regione Siciliana;

Visto il D.P. n. 588/GAB del 28 agosto 2018 con il quale la Dr.ssa Letizia Di Liberti è stata nominata quale sostituto dell'Ing. Mario La Rocca;

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

Visto l'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e Bolzano CSR n. 61 del 23 marzo 2011;

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

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 omnicomprensive dei percorsi terapeutici per l'attività ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione dal 1° agosto 2002;

Visto l'art. 12 del d.l. 179/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 221/2012,nonché il DPCM n. 178/2015: "Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico".

Considerato quanto disposto in materia di verifica della qualità delle prestazioni dalla normativa regionale dal DA n. 890/2002 e D.A. n. 1682 del 12/09/2013 e successive modifiche ed integrazioni;

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

Visto il DA n.925/2013 del 14 maggio 2013 con il quale sono state adottate, a far data dal 1° giugno 2013, le tariffe per il trattamento dei pazienti affetti da uremia terminale;

Visto il DA n.1005/2013 del 23 maggio 2013 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 n. 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 indicazione 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 dall'1 giugno 2015 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 l'articolo 9-quater, comma 7, del D.L. 19 giugno 2015, n. 78, convertito dalla legge 6 agosto 2015, n. 125 ha previsto che nella definizione dei tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati per prestazioni di specialistica ambulatoriale il valore dei contratti per l'anno 2015 fosse rideterminato *"in modo da ridurre la spesa complessiva annua da privato accreditato, di almeno l'1 per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014"*;

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

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502"*.

Visto il DA n. 182 del 1 febbraio 2017 "Aggiornamento delle direttive per l'aggregazione delle strutture laboratoristiche della Regione Siciliana"

Visti i Decreti Assessoriali n. 2777 del 29/12/2017 e n. 743 del 26/04/2018 con i quali sono stati determinati gli aggregati provinciali e regionali per branca per la specialistica ambulatoriale da privato per l'anno **2017**;

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 quali\quantitativo delle prestazioni rese non consentendo un adeguato sviluppo delle strutture maggiormente efficienti;

Vista l'Intesa Stato- Regione del 1 agosto 2018 (Rep. Atti n.148/CSR) di riparto della quota indistinta di Fondo Sanitario Nazionale per l'anno 2018;

Considerato quanto riportato nella nota prot. n.61935 del 09/08/2018 dell'Area Interdipartimentale 3 "Affari Giuridici" del Dipartimento Pianificazione Strategica trasmessa ai Legali Rappresentanti delle Aziende Sanitarie Provinciali in cui si forniscono alle stesse direttive in merito agli effetti delle Ordinanze del C.G.A. n.328/2018 e n.329/2018, che hanno disposto l'inibitoria della clausola di cui all'art. 9 del D.A. n.2777/2017;

Ravvisata 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 giungere gradualmente ad 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, tuttavia, nelle more della revisione dei criteri che definisca un 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 DA n. 901 del 03/05/2017), di avvalersi nell'immediato, ai fini del riparto delle risorse, 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, introducendo, per l'anno 2019, indicatori quali\quantitativi da utilizzare per l'assegnazione dei budget alle singole strutture;

Considerato che, previa convocazione, giusta nota prot.n.57879 del 26 luglio 2018 con allegata bozza del relativo provvedimento assessoriale, ai sensi dell'art. 25, comma 4, della L.R. n. 5/2009, in data 07/08/2018 si è tenuto, presso questa amministrazione, un primo incontro con i rappresentanti regionali delle associazioni di categoria maggiormente rappresentative nel corso del quale gli stessi sono stati edotti in merito al contenuto del provvedimento;

Considerato che, previa convocazione giusta nota prot.n.74328 del 9 ottobre 2018 unitamente alla trasmissione degli schemi decreto assessoriale e allegati parte integrante dello stesso, ai sensi dell'art. 25, comma 4, della L.R. n. 5/2009, in data 19/10/2018 si è tenuto, presso questa amministrazione, un secondo incontro con i rappresentanti regionali delle associazioni di categoria maggiormente rappresentative nel corso del quale gli stessi sono stati edotti in merito ai contenuti dell'ulteriore emanando provvedimento;

Ritenuto di accogliere, nell'ambito del presente decreto, talune proposte avanzate da alcune OO.SS. valutate, in ogni caso, sotto il profilo del rispetto del tetto di spesa regionale quale vincolo imprescindibile a garanzia del mantenimento dell'equilibrio economico finanziario del SSR;

Determinarsi, ai sensi dell'articolo 25 della L.R. n.5/2009, di definire l'aggregato di spesa regionale per l'assistenza specialistica ambulatoriale per il biennio **2018 - 2019** ed i relativi tetti di spesa provinciali nonché i criteri per l'assegnazione dei budget alle singole strutture;

Stabilito di confermare, ai sensi della sopra citata Legge n.208 del 28 dicembre 2015, art. 1, comma 574, lett. a) di modifica del comma 14 dell'art. 15 del Decreto-Legge n. 95 del 6 luglio 2012, convertito con modificazioni, dalla Legge 7 Agosto 2012 n.135, l'aggregato di spesa complessivo per l'assistenza specialistica ambulatoriale nella misura di euro **445.595.000,00,** per ciascun anno del biennio **2018-2019,** 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;

Ritenuto, inoltre, nell'ambito dell'aggregato di spesa complessivo per l'assistenza specialistica ambulatoriale, come sopra determinato, tenuto conto delle prestazioni contrattate nell'anno 2017 per gli Enti in Gestione diretta regionale, di stabilire per ciascun anno del biennio **2018-2019,** l'aggregato regionale di spesa denominato *"Ambulatoriale Enti in GSA"* in complessivi euro **18.836.000,00;**

Confermare anche per gli anni **2018** e **2019,** l'aggregato regionale di spesa denominato *"ex GSA"* riferito a specifiche strutture sanitarie private ricadenti nelle provincie di Catania, Enna e Palermo, che in ragione dei contratti sottoscritti con le rispettive ASP territorialmente competenti ammonta a complessivi euro **12.679.000,00;**

Stabilito di considerare le prestazioni di *"Emodialisi"* (branca 13) e di *"Radioterapia"* (branca 24) quali prestazioni di carattere salvavita e come tali da erogarsi in ogni caso agli assistiti, secondo i protocolli terapeutici e le linee guida operanti per tale tipologia di assistenza;

Tenuto Conto dell'ammontare complessivo dei budget attribuiti dalle Aziende Sanitarie Provinciali alle strutture private accreditate compresivi dei "nuovi ingressi" contrattualizzati con le modalità di cui al DA n.2777/2017 e s.m.i., nonché dei trasferimenti di alcune strutture, autorizzati e comunicati dalle ASP, da una provincia all'altra;

Definire con il termine *"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 della Salute, fermo restando che, per quanto riguarda la popolazione siciliana, occorre considerare 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 anziché dalle ASP di Messina e Agrigento (comma 2 bis art.6 L.R. n.30/93);

Ritenuto di prevedere, per gli anni **2018 e 2019,** la costituzione di un fondo perequativo ripartito, sulla base della popolazione pesata secondo i criteri ministeriali, alle Aziende Sanitarie Provinciali, determinato in **euro 2.019.000,00** per l'anno 2018 e, in via provvisoria, in pari misura nell'anno 2019, riservandosi, con eventuale successivo provvedimento, la rideterminazione dell'entità dello stesso, per l'annualità 2019, da effettuarsi previa ricognizione dei contratti sottoscritti nell'anno 2018 con gli erogatori privati;

Stabilito che le risorse del Fondo perequativo assegnate a ciascuna Azienda Sanitaria Provinciale possono essere destinate alle seguenti finalità:

1) per eventuali ulteriori fabbisogni assistenziali inclusa la necessità di contrattualizzazione nuovi soggetti *(nuovi ingressi)*;
2) attuazione di sentenze esecutive e risoluzione di contenziosi in atto;
3) implementazione nelle aree geograficamente disagiate delle prestazioni specialistiche, ove carenti, determinate sulla base dei fabbisogni espressi dalle ASP;
4) 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 adottare, quale criterio che garantisca parità di trattamento all'ingresso di nuovi soggetti da contrattualizzare (soggetti accreditati e non contrattualizzati) un budget di ingresso pari a euro 32.000,00 per tutte le branche, ad eccezione della branca di Radiologia, determinato sulla base della media complessiva dei budget minimi di branca a livello regionale rilevati nell'anno 2013, utilizzando la stessa impostazione metodologica già prevista nel DA n.922/2015;

Ritenuto per la branca di Radiologia di determinare, al fine della riduzione dei tempi delle liste d'attesa, per l'ingresso di nuovi soggetti da contrattualizzare (soggetti accreditati e non contrattualizzati), un budget di ingresso da assegnare, previa valutazione comunque della potenzialità erogativa della singola struttura anche in funzione del fabbisogno assistenziale rilevato nel proprio territorio, nella misura di euro **50.000,00**;

Stabilito che i Direttori Generali delle ASP provvedano ad adeguare i budget dei soggetti contrattualizzati per le branche di Radiologia, che si pongono al di sotto del budget minimo d'ingresso, come determinato al punto precedente, previa valutazione sulla effettiva capacità erogativa di ciascuna struttura;

Stabilito, per quanto precede, di determinare l'aggregato di spesa per l'assistenza specialistica da privato, per ciascun anno del biennio **2018-2019**, 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:

	Aggregati 2018-2019
Prestazioni ambulatoriali	*282.261.000,00*
Fondo perequativo	*2.019.000,00*
Prestazioni di Radioterapia	*19.800.000,00*
Prestazioni di Nefrologia	*110.000.000,00*
Strutture "ex GSA"	*12.679.000,00*
Ambulatoriale Enti in GSA	*18.836.000,00*
TOTALE	***445.595.000,00***

Considerato che l'aggregato regionale per provincia e per branca di cui all'Allegato "A" tiene conto dei trasferimenti di alcune strutture da una provincia all'altra, autorizzati e comunicati dalle ASP;

Considerato 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), le AA.SS.PP sono tenute, comunque, a 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; in assenza di separata fatturazione non saranno riconosciute le prestazioni erogate in mobilità attiva extra-regionale;

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"* rilevabile dalle ASP ai fini della valutazione dei futuri rapporti contrattuali intrattenuti con le stesse;

Ritenuto opportuno prevedere, per le sole prestazioni di specialistica ambulatoriale afferenti alle prestazioni di *"Emodialisi"*(branca 13) ed a quelle della branca di *"Radioterapia"* (branca 24), che:

1) gli eventuali superamenti dei tetti di spesa assegnati per ogni anno del biennio **2018-2019** saranno remunerati a consuntivo, sulla base dell'attività sanitaria effettivamente erogata, fatte salve comunque le disposizioni contenute nei DA n. 924 e n. 925 del 14 maggio 2013 e del DA n. 799 del 7 maggio 2015. 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 è registrata una maggiore domanda di prestazioni;

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. Le eventuali economie non assegnate alle suddette branche dovranno essere ripartite secondo i criteri individuati nel capoverso precedente. Le AA.SS.PP. dovranno stipulare con i centri privati operanti sul territorio di competenza appositi accordi integrativi, senza che questo influenzi o determini automatismi nella definizione del budget per l'anno successivo.

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;

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 programmatoria, 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 con il presente decreto;

Preso atto, altresì, che, in base alle disposizioni vigenti, la partecipazione a programmi VEQ è obbligatoria per i laboratori di analisi ai fini del mantenimento dell'autorizzazione sanitaria e dell'accreditamento e che, pertanto, la contrattualizzazione e la remunerazione delle prestazioni rese dai laboratori di analisi è subordinata, in particolare, alla conformità ai requisiti di partecipazione ai programmi VEQ previsti dal DPR 14 gennaio 1997, dal DA n.890 del 17/06/2002 e dai DD.AA n.3253 del 30/12/2010 e n.1682 del 12/09/2013;

Ritenuto di potere confermare anche per gli anni 2018 e 2019 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). Fermo restando il limite del budget complessivamente assegnato, a decorrere dall'anno 2019, è demandata, all'ASP territorialmente competente, la facoltà di operare il riequilibrio tra le diverse branche del singolo erogatore privato accreditato e contrattualizzato, direttamente in sede di contrattualizzazione, previa verifica da parte dell'Azienda sanitaria della maggiore produzione remunerata verificatasi in una o più di esse nell'anno precedente e della valutazione dell'effettivo maggiore fabbisogno di prestazioni di una branca rispetto ad un'altra branca;

Ritenuto di dare mandato ai Direttori Generali delle AA.SS.PP. di assegnare alle singole strutture e\o agli specialisti privati accreditati e convenzionati con il SSR, un budget per gli anni **2018** e **2019**, comprensivo delle prestazioni erogate per attività extraregionale, nel rispetto del limite invalicabile dell'aggregato di spesa provinciale determinato con il presente decreto, al netto del ticket e della quota fissa, secondo la seguente metodologia:

per l'anno 2018:

1. ripartire il 100% dell'aggregato di spesa provinciale per le branche di nefrologia e radioterapia, di cui alla Tabella "A" del presente decreto, in proporzione alla produzione remunerata delle prestazioni di *"Emodialisi"* e della branca di *"Radioterapia"* nell'anno **2017;**
2. ripartire il **100%** dell'aggregato di spesa *"ex GSA"* e *"Ambulatoriale Enti in GSA"* di cui alla Tabella "A" del presente decreto, in rapporto ai rispettivi contratti sottoscritti nell'anno **2017** per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali;
3. ripartire il **100%** dell'aggregato di spesa provinciale per branca (con esclusione di quanto previsto ai precedenti punti 1 e 2), di cui alla Tabella "A" del presente decreto, in rapporto ai singoli budget assegnati nell'anno **2017;**

Per l'anno 2019:

1. ripartire il **100%** dell'aggregato di spesa provinciale per le branche di nefrologia e radioterapia, di cui alla Tabella **"A"** del presente decreto, in proporzione alla produzione remunerata delle prestazioni di *"Emodialisi"* e della branca di *"Radioterapia"* relativa all'anno **2018**;
2. ripartire il **100%** dell'aggregato di spesa *"ex GSA"* e *"Ambulatoriale Enti in GSA"* di cui alla Tabella "A" del presente decreto, in rapporto ai rispettivi contratti sottoscritti nell'anno **2018** per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali;
3. ripartire il **95%** dell'aggregato di spesa provinciale per branca (con esclusione di quanto previsto ai precedenti punti 1 e 2), di cui alla Tabella **"A"** del presente decreto, in rapporto ai singoli budget assegnati nell'anno **2018**;
4. ripartire il residuo **5%** dell'aggregato provinciale per branca (con esclusione di quanto previsto ai precedenti punti 1 e 2), di cui alla Tabella **"A"** al presente decreto, sulla base dei criteri e dei meccanismi di calcolo di cui all'Allegato **"C"** al presente decreto. In particolare, la quota del 5% sarà ripartita, con la procedura indicata nell'Allegato **"C" - Sezione C1** sulla base dei seguenti criteri, del valore degli indicatori calcolati per singola struttura e del peso della struttura sull'aggregato di spesa provinciale della relativa branca, in rapporto al peso assegnato ai criteri ed agli indicatori, come di seguito indicato:

CRITERIO	*PESO*	*DESCRIZIONE*		*INDICATORE*	*PERIODO DI RIFERIMENTO*	*PESO INDICATORE*
1	*20*	*Composizione dei fatturato*	*a)*	*Fatturato libera professione/Fatturato Totale*	*Anno precedente*	*1*
2	*30*	*Abbattimento tempi di attesa*	*a)*	*Numero prestazioni ambulatoriali con codice B e D monitorate dal PRGTA* erogate entro il tempo massimo d'attesa/Totale delle prestazioni ambulatoriali con codice B e D monitorate dal PRGTA* erogate*	*Anno precedente*	*1*
3	*30*	*Fattori Qualitativi*	*a)*	*Acquisti di attrezzature/Fatturato totale*	*Quinquennio precedente*	*0,5*
			b)	*Unità di personale con rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato/Unità di personale contrattualizzato*	*Anno precedente*	*0,5*
4	*10*	*Certificazione*	*a)*	*Struttura certificata da organismi riconosciuti di livello nazionale o internazionale*	*Quinquennio precedente*	*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*

** PRGTA: Piano Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa*

La quota di budget a valere sul **5%** dell'aggregato provinciale per branca, in relazione al peso per ciascuno degli indicatori relativi ai criteri 1, 2 e 3 va ripartita tra il **50%** delle strutture che presentano il maggior punteggio. Per gli indicatori relativi ai criteri 4 e 5 va ripartita tra tutte le strutture che soddisfano tali criteri.

Non accedono ai meccanismi di riparto del **5%** dell'aggregato provinciale per branca i *"nuovi ingressi"*, limitatamente al primo anno di contrattualizzazione, ai quali è riconosciuto un budget di ingresso di euro **32.000,00** per tutte le branche e di euro **50.000,00** per la branca di radiologia, previa valutazione sulla effettiva capacità erogativa di ciascuna struttura.

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 ciascun anno del biennio **2018-2019**, 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:

	Aggregati 2018-2019
Prestazioni ambulatoriali	*282.261.000,00*
Fondo perequativo	*2.019.000,00*
Prestazioni di Radioterapia	*19.800.000,00*
Prestazioni di Nefrologia	*110.000.000,00*
Strutture "ex GSA"	*12.679.000,00*
Ambulatoriale Enti in GSA	*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 gli anni **2018 e 2019**, comprensivo delle prestazioni erogate per attività extraregionale, al netto del ticket e della quota fissa, secondo la seguente metodologia:

per l'anno 2018:

1. ripartire il 100% dell'aggregato di spesa provinciale per le branche di nefrologia e radioterapia, di cui alla Tabella **"A"** del presente decreto, in proporzione alla produzione remunerata delle prestazioni di *"Emodialisi"* e della branca di *"Radioterapia"* nell'anno **2017;**
2. ripartire il **100%** dell'aggregato di spesa *"ex GSA"* e *"Ambulatoriale Enti in GSA"* di cui alla Tabella **"A"** del presente decreto, in rapporto ai rispettivi contratti sottoscritti nell'anno **2017** per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali;
3. ripartire il **100%** dell'aggregato di spesa provinciale per branca (con esclusione di quanto previsto ai precedenti punti 1 e 2), di cui alla Tabella **"A"** del presente decreto, in rapporto ai singoli budget assegnati nell'anno **2017;**

per l'anno 2019:

1. ripartire il **100%** dell'aggregato di spesa provinciale per le branche di nefrologia e radioterapia, di cui alla Tabella **"A"** del presente decreto, in proporzione alla produzione remunerata delle prestazioni di *"Emodialisi"* e della branca di *"Radioterapia"* relativa all'anno**2018**;
2. ripartire il **100%** dell'aggregato di spesa *"ex GSA"* e *"Ambulatoriale Enti in GSA"* di cui alla Tabella **"A"** del presente decreto, in rapporto ai rispettivi contratti sottoscritti nell'anno **2018** per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali;
3. ripartire il **95%** dell'aggregato di spesa provinciale per branca (con esclusione di quanto previsto ai precedenti punti 1 e 2), di cui alla Tabella **"A"** del presente decreto, in rapporto ai singoli budget assegnati nell'anno **2018;**
4. ripartire il residuo **5%** dell'aggregato provinciale per branca (con esclusione di quanto previsto ai precedenti punti 1 e 2), di cui alla Tabella **"A"** al presente decreto, sulla base dei criteri e dei meccanismi di calcolo di cui all'Allegato **"C"** al presente decreto. In particolare, la quota del **5%** sarà ripartita, con la procedura indicata nell'Allegato **"C" - Sezione C1** sulla base dei seguenti criteri, del valore degli indicatori calcolati per singola struttura e del peso della struttura sull'aggregato di spesa provinciale della relativa branca, in rapporto al peso assegnato ai criteri ed agli indicatori come di seguito indicato:

CRITERIO	PESO	DESCRIZIONE		INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	PESO INDICATORE
1	20	Composizione del fatturato	a)	Fatturato libera professione/Fatturato Totale	Anno precedente	1
2	30	Abbattimento tempi di attesa	a)	Numero prestazioni ambulatoriali con codice B e D monitorate dal PRGTA* erogate entro il tempo massimo d'attesa/Totale delle prestazioni ambulatoriali con codice B e D monitorate dal PRGTA* erogate	Anno precedente	1
3	30	Fattori Qualitativi	a)	Acquisti di attrezzature/Fatturato totale	Quinquennio precedente	0,5
			b)	Unità di personale con rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato/Unità di personale contrattualizzato	Anno precedente	0,5
4	10	Certificazione	a)	Struttura certificata da organismi riconosciuti di livello nazionale o internazionale	Quinquennio precedente	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

* PRGTA: Piano Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa

La quota di budget a valere sul **5%** dell'aggregato provinciale per branca, in relazione al peso per ciascuno degli indicatori relativi ai criteri 1, 2 e 3 va ripartita tra il **50%** delle strutture che presentano il maggior punteggio. Per gli indicatori relativi ai criteri 4 e 5 va ripartita tra tutte le strutture che soddisfano tali criteri.

Non accedono ai meccanismi di riparto del **5%** dell'aggregato provinciale per branca i *"nuovi ingressi"*, limitatamente al primo anno di contrattualizzazione, ai quali è riconosciuto un budget di ingresso di euro **32.000,00** per tutte le branche e di euro **50.000,00** per la branca di radiologia, previa valutazione sulla effettiva capacità erogativa di ciascuna struttura.

Art. 3

E' ripartito alle Aziende Sanitarie Provinciali, sulla base della popolazione pesata secondo i criteri ministeriali, il "Fondo perequativo" determinato in euro **2.019.000,00** per l'anno 2018 e, in via provvisoria, in pari misura nell'anno 2019, riservandosi, con eventuale successivo provvedimento, la rideterminazione dell'entità dello stesso per l'annualità 2019 da effettuarsi previa ricognizione dei contratti sottoscritti con gli erogatori privati nell'anno 2018. Le risorse del Fondo perequativo possono essere destinate alle seguenti finalità:

1) per eventuali ulteriori fabbisogni assistenziali, inclusa la necessità di contrattualizzazione nuovi soggetti *(nuovi ingressi)*;
2) attuazione di sentenze esecutive e risoluzione di contenziosi in atto;
3) implementazione nelle aree geograficamente disagiate delle prestazioni specialistiche, ove carenti, determinate sulla base della rilevazione dei fabbisogni assistenziali da parte delle ASP;
4) 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

La partecipazione a programmi VEQ è obbligatoria per i laboratori di analisi ai fini del mantenimento dell'autorizzazione sanitaria e dell'accreditamento e, pertanto, la contrattualizzazione e la remunerazione delle prestazioni rese dai laboratori di analisi è subordinata alla conformità ai requisiti di partecipazione ai programmi VEQ previsti dal DPR 14 gennaio 1997, dal DA n.890 del 17/06/2002 e dai DD.AA. n.3253 del 30/12/2010 e n.1682 del 12/09/2013.

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 ogni anno del biennio **2018-2019** saranno remunerati a consuntivo sulla base dell'attività sanitaria effettivamente erogata, fatte salve comunque le disposizioni contenute nei DD.AA. n. 924 e n. 925 del 14 maggio 2013 e del D.A. n. 799 del 7 maggio 2015. 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, i Direttori Generali delle ASP devono destinare il **50%** delle economie di spesa, discendenti dalla minore produzione di attività eventualmente verificatasi nelle branche della specialistica convenzionata da privato, diverse 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 di prestazioni.

L'ulteriore **50 %** delle economia 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 tipologie di prestazioni. Le eventuali economie non assegnate alle suddette prestazioni/branche dovranno essere ripartite secondo i criteri individuati ai superiori punti 1 e 2 del presente articolo.
Per tutto quanto previsto ai precedenti commi, le AA.SS.PP. dovranno stipulare con i centri privati operanti sul territorio di competenza appositi accordi integrativi, senza che questo influenzi o determini automatismi nella definizione del budget per l'anno successivo.

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 ciascun anno del biennio 2018-2019 sono suddivisi per provincia e per branca, come indicato nella tabella "A" allegata al presente provvedimento e parte integrante dello stesso.
E' confermata, anche per gli anni 2018 e 2019 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). Fermo restando il limite del budget complessivamente assegnato, a decorrere dall'anno 2019 è demandata all'ASP territorialmente competente, la facoltà di operare il riequilibrio tra le diverse branche del singolo erogatore privato accreditato e contrattualizzato, direttamente in sede di contrattualizzazione, previa verifica da parte dell'Azienda sanitaria della maggiore produzione remunerata verificatasi in una o più di esse nell'anno precedente e della valutazione dell'effettivo maggiore fabbisogno di prestazioni di una branca rispetto ad un'altra branca.

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.
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. 13

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. 14

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. 15

Le Aziende Sanitarie Provinciali di competenza territoriale, negozieranno le prestazioni con gli erogatori privati accreditati ubicati sul proprio territorio e sottoscriveranno con i medesimi il contratto per l'annualità 2018 sulla base dello schema di contratto allegato (Allegato "B") 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. E' demandato ad un successivo provvedimento di questa Amministrazione l'adozione dello schema di contratto per l'anno 2019 da effettuarsi entro la data del 31/12/2018.

Per le strutture e/o gli specialisti privati accreditati che per qualunque motivo non sottoscrivano il contratto di cui all'allegato "B", ivi compreso il caso in cui non intendano sottoscriverlo a seguito di formale diniego opposto dall'ASP alla richiesta di apporre eventuali riserve alla proposta contrattuale, così come formulata dall'ASP competente, fatto salvo il diritto ad adire l'Autorità giudiziaria e nel rispetto delle previsioni di cui all'articolo 7 e ss. della Legge 7 agosto 1990, n.241 e s.m.i., cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario regionale e si applica la sospensione dell'accreditamento istituzionale, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8 *quinquies*, comma 2 *quinquies* del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1 *quinquies* dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008).

In tale ultimo caso, a conclusione delle attività negoziali le AA.SS.PP. 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. 16

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 i prospetti riassuntivi dei dati contrattuali secondo le indicazioni dell'Assessorato regionale della Salute.

Art. 17

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

Art. 18

Le disposizioni e gli aggregati di spesa contenuti nel presente decreto potranno subire variazioni per effetto di eventuali modifiche nei fabbisogni assistenziali.

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, 09 NOV. 2010

REGIONE SICILIANA Ass.to Reg.le

L'Assessore
Avv. Ruggero Razza

All. "A" al DA n. 2087 del 09/11/2018

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 Accentrata Assessorato Salute	Totale aggregato ANNI 2018 - 2019
Laboratori di analisi	9.688.800,00	3.627.700,00	22.282.000,00	1.639.000,00	14.133.000,00	22.461.800,00	4.306.100,00	8.680.900,00	9.702.700,00	-	96.522.000,00
Branche a visita	4.517.000,00	1.003.000,00	11.627.000,00	126.000,00	3.704.000,00	9.622.000,00	1.350.000,00	4.212.000,00	2.467.000,00	-	38.628.000,00
Odontoiatria	4.847.500,00	705.000,00	1.590.000,00	501.000,00	1.590.000,00	10.053.500,00	315.000,00	1.578.000,00	1.201.000,00	-	22.381.000,00
Radiologia	4.580.000,00	2.266.000,00	10.547.000,00	1.834.000,00	6.833.000,00	15.309.000,00	3.020.000,00	4.528.000,00	5.369.000,00	-	54.286.000,00
FKT	7.348.000,00	562.000,00	12.494.000,00	-	6.133.000,00	21.097.000,00	565.000,00	2.902.000,00	9.638.000,00	-	60.739.000,00
Medicina Nucleare	1.418.000,00	-	923.000,00	-	2.443.000,00	3.393.000,00	375.000,00	652.000,00	501.000,00	-	9.705.000,00
Strutture ex GSA	-	-	5.679.000,00	2.000.000,00	-	5.000.000,00	-	-	-	-	12.679.000,00
Nefrologia	12.100.000,00	3.500.000,00	20.700.000,00	1.500.000,00	11.600.000,00	34.200.000,00	7.000.000,00	10.400.000,00	9.000.000,00	-	110.000.000,00
Radioterapia	-	-	8.250.000,00	-	-	11.550.000,00	-	-	-	-	19.800.000,00
Fondo perequativo	176.000,00	107.000,00	433.000,00	70.000,00	264.000,00	503.000,00	126.000,00	162.000,00	178.000,00	-	2.019.000,00
Ambulatoriale Enti in GSA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18.836.000,00	18.836.000,00
AGGREGATO 2018-2019	44.675.300,00	11.770.700,00	94.525.000,00	7.670.000,00	46.700.000,00	133.189.300,00	17.057.100,00	33.114.900,00	38.056.700,00	18.836.000,00	445.595.000,00

Allegato "B" al D.A. n. 2087 del 09/11/2018

Contratto per l'annualità 2018 di 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._____rappresentato\a 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

– ovvero –

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;
e) di essere in regola con la normativa nazionale e regionale in materia di controllo di qualità delle prestazioni erogate compreso le verifiche esterne di qualità per la branca 11;

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 _____per l'anno 2018

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 2018 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 2018 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 2018;
- che la disciplina recata nel presente contratto assorbe in sé quella relativa al periodo dall'01.01.2018 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 2018 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 2018 in euro _____, di cui per prestazioni di 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:
   .....
   .....

   Le prestazioni devono comunque avere luogo nell'intera annualità con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.
4. L'ammontare del *budget di cui al punto 1* 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 conguagli.
3. Lo specialista e/o la struttura specialistica è tenuta altresì a trasmettere mensilmente al SistemaTS il flusso xml ex comma 5 dell'art 50 della legge 326/2003 (flusso "ex comma 5"), completo di tutte le prestazioni rendicontate con il flusso regionale M, avendo cura di verificare le eventuali segnalazioni di anomalie o scarti da parte del SistemaTS al fine di integrare i dati trasmessi con la finalità di allineare il valore del flusso xml al valore del flusso M; nel caso di dis-allineamenti saranno sospese le liquidazioni. Nel caso di reiterati ritardi nella trasmissione dei flussi o di errori o mancato

allineamento tra flusso M ed XML del citato comma 5, l'ASP proporrà all'Assessorato la revoca della convenzione.

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, 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 **2018** 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 **2018**. 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) erogare le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991;
e) ai sensi dell'articolo 1, comma 42, L. n. 190/2012, non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di AA.SS.PP e Regione che abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro;
f) 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);
g) comunicare tempestivamente all'Azienda Sanitaria Provinciale le eventuali variazioni della compagine sociale ai fini della verifica dei requisiti di legge;[1]
h) garantire il suo inserimento nel sistema unico di prenotazione sia a livello provinciale sia a livello regionale;
i) 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, assume, fin d'ora, l'impegno di attivare quanto necessario per **acquisire il consenso informato per l'attivazione del FSE** (fascicolo sanitario elettronico) e ad **alimentarlo con il referto** (che dovrà riportare anche il numero della ricetta dematerializzata o rossa) in formato standard e firmato digitalmente, secondo le specifiche pubblicate nella relativa sezione del sito www.rssalute.it dedicato al FSE

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 _____.

[1] Nel caso di società.

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 .....

ALLEGATO "C"

PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DEL 5% DELL'AGGREGATO PROVINCIALE PER BRANCA PER L'ANNO 2019

L'articolo 2 del decreto definisce le modalità di assegnazione del budget alle strutture specialistiche accreditate stabilendo che il **5%** dell'aggregato provinciale per branca, di cui alla Tabella "**A**" al decreto, per l'anno 2019 sia assegnato secondo i criteri definiti dal medesimo articolo.

Il presente allegato definisce le procedure a cui le Aziende Sanitarie Provinciali dovranno attenersi ai fini dell'assegnazione di detta quota.

- Nella sezione "**C-1**" del presente Allegato "C" sono definite nel dettaglio le modalità di computo degli indicatori per l'anno **2019**. In particolare:
  1. la fonte dei dati per il calcolo degli indicatori;
  2. le modalità con cui calcolare il numeratore ed il denominatore degli indicatori 1a, 2a, 3a, 3b;
  3. le modalità di calcolo degli indicatori 4a e 5a;
  4. il procedimento per l'utilizzo dei dati calcolati ai fini dell'assegnazione della quota dell'aggregato provinciale per branca ex art. 2 del decreto.

- Per pervenire alla assegnazione della quota di cui all'art. 2 del decreto **per l'anno 2019**, le Aziende Sanitarie Provinciali e le Strutture private accreditate di assistenza specialistica ambulatoriale opereranno come segue:
  1. Le Strutture private accreditate di assistenza specialistica ambulatoriale presenteranno all'Azienda sanitaria provinciale territorialmente competente, entro il 31 marzo 2019, la dichiarazione contenente i dati necessari per il calcolo degli indicatori 1a, 3a e 3b da rendersi secondo il "**Modello D**" allegato;
  2. Le Aziende Sanitarie Provinciali, sulla base dei dati delle dichiarazioni di cui al precedente punto 1 e dei dati disponibili nei propri sistemi informativi, provvederanno, entro i trenta giorni successivi, a calcolare il valore degli indicatori e, quindi, a determinare la quota da assegnare alle strutture aventi diritto conformemente al procedimento dettagliatamente descritto nella sezione "C-1";
  3. Le Aziende Sanitarie Provinciali provvederanno, quindi, ad integrare i contratti stipulati con le strutture specialistiche accreditate conformemente al decreto, indicando la quota aggiuntiva del budget attribuita ai sensi dell'art.2 del Decreto;
  4. Dopo aver integrato i contratti le Aziende Sanitarie Provinciali procederanno alla verifica di tutte le dichiarazioni presentate dalle strutture specialistiche accreditate, di modo che siano verificate almeno **un terzo** delle dichiarazioni riferite ai singoli indicatori;
  5. Una volta completate le verifiche di cui al precedente punto le Aziende Sanitarie Provinciali invieranno al Dipartimento Pianificazione Strategica dell'Assessorato regionale della Salute una relazione sugli esiti dei controlli effettuati.

In fase di prima applicazione, le strutture che erogano prestazioni nelle branche di Nefrologia e Radioterapia sono escluse dall'applicazione di quanto disposto con l'art. 2 del decreto, limitatamente alle prestazioni di Nefrologia e Radioterapia.

Modalità di calcolo degli indicatori – Budget Anno 2019

Indicatore 1.a		Fatturato libera professione / Fatturato totale	
Periodo di riferimento anno 2018 (CONTABILITA')			
NUMERATORE		DENOMINATORE	
Fonte dei dati	Modalità di calcolo	Fonte dei dati	Modalità di calcolo
Dichiarazione della struttura ex DPR 445/2000	∑ importo fatture emesse (di competenza anno 2018) per prestazioni rese in libera professione (a pagamento)	Dichiarazione della struttura ex DPR 445/2000	∑ importo fatture emesse (di competenza anno 2018) per prestazioni rese comunque remunerate

Indicatore 2.a	Numero prestazioni ambulatoriali rese nel 2018 con codice "B" e "D" monitorate dal PRGTA erogate entro il tempo massimo d'attesa / Totale delle prestazioni ambulatoriali rese nel 2018 con codice B e D monitorate dal PRGTA

Periodo di riferimento: anno 2018

NUMERATORE		DENOMINATORE	
Fonte dei dati	Modalità di calcolo	Fonte dei dati	Modalità di calcolo
Tracciato record Flusso M	∑ (S + T + U + V)	Tracciato record Flusso M	∑ (W + X + Y + Z)

S	T	U	V
∑ visite specialistiche[1] della disciplina (*campo 4*) monitorate dal PRGTA* con classe di priorità B (*campo 31*) erogate *per cui* Data erogaz. - Data prenotaz. ≤ 10 (*Campo 17*) (*Campo 13*)	∑ visite specialistiche[1] della disciplina (*campo 4*) monitorate dal PRGTA* con classe di priorità D (*campo 31*) erogate *per cui* Data erogaz. - Data prenotaz. ≤ 30 (*Campo 17*) (*Campo 13*)	∑ prestazioni ambulatoriali[2] della disciplina (*campo 4*) monitorate dal PRGTA* con classe di priorità B (*campo 31*) erogate *per cui* Data erogaz. - Data prenotaz. ≤ 10 (*Campo 17*) (*Campo 13*)	∑ prestazioni ambulatoriali[2] della disciplina (*campo 4*) monitorate dal PRGTA* con classe di priorità D (*campo 31*) erogate *per cui* Data erogaz. - Data prenotaz. ≤ 60 (*Campo 17*) (*Campo 13*)

W	X	Y	Z
∑ visite specialistiche[1] della disciplina monitorate dal PRGTA* con classe di priorità B (*campo 31*) erogate	∑ visite specialistiche[1] della disciplina monitorate dal PRGTA* con classe di priorità D (*campo 31*) erogate	∑ prestazioni ambulatoriali[2] della disciplina monitorate dal PRGTA* con classe di priorità B (*campo 31*) erogate	∑ prestazioni ambulatoriali[2] della disciplina monitorate dal PRGTA* con classe di priorità D (*campo 31*) erogate

*** PRGTA: Piano Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa**

[1] Visite specialistiche ambulatoriali monitorate dal PRGTA (campo 19)		
Prestazione	**Codice nomenclatore**	**Codice disciplina**
Visita cardiologica	897CA	02
Visita chirurgia vascolare	897CV	05
Visita endocrinologica	897EN	09
Visita neurologica	8913	15
Visita oculistica	9502	16
Visita ortopedica	897OR	19
Visita ginecologica	8926	20
Visita otorinolaringoiatrica	897ORL	21
Visita urologia	897UR	25
Visita dermatologica	897DE	06
Visita fisiatrica	897MFR	12
Visita gastroenterologica	897GA	10
Visita oncologica	897ON	18
Visita pneumologica	897PN	22

[2] Prestazioni strumentali ambulatoriali monitorate dal PRGTA (campo 19)	
Prestazione	**Codice nomenclatore**
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	4513
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA	4516
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	4523
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	4524
BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO	4525
POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO - APPROCCIO ENDOSCOPICO	4542
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO-CRANIO	87031A
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO-ENCEFALO	87031B
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO - TC DEL CRANIO [SELLA TURCICA, ORBITE]	8703A
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO - TC DELL' ENCEFALO	8703B
MAMMOGRAFIA BILATERALE	87371
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - SINISTRA	87372L
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - DESTRA	87372R
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE	8741
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	87411
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE	88011
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	88012
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE	88013
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	88014
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO	88015
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	88016
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) RACHIDE E SPECO VERTEBRALE - TRATTO CERVICALE	88381A
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) RACHIDE E SPECO VERTEBRALE - TRATTO TORACICO	88381B
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE - TRATTO LOMBARE E SACROCOCCIGEO	88381C
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) RACHIDE E SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO -TRATTO CERVICALE	88382A
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) RACHIDE E SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO - TRATTO TORACICO	88382B
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) RACHIDE E SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO -TRATTO LOMBOSACRALE	88382C
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO	88385
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO (TIROIDE, PARATIROIDE, LINFONODI, GHIAND. SALIVARI)	88714

[2] Prestazioni strumentali ambulatoriali monitorate dal PRGTA (campo 19)	
Prestazione	**Codice nomenclatore**
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	88723
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - Bilaterale	88731
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - Sinistra	88732L
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - Destra	88732R
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	88735
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	88741
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	88751
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	88761
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA ARTI INFERIORI, ARTERIOSA O VENOSA	88772I
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA ARTI SUPERIORI, ARTERIOSA O VENOSA	88772S
ECOGRAFIA OSTETRICA	8878
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	88782
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	88911
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	88912
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO - TRATTO CERVICALE	88931A
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO - TRATTO TORACICO	88931B
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO- TRATTO LOMBARE E SACROCOCCIGEO	88931C
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA-TRATTO CERVICALE	8893A
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA-TRATTO TORACICO	8893B
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA-TRATTO LOMBOSACRALE	8893C
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA - spalla e braccio - Sinistra/o	88941AL
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA - spalla e braccio - Destra/o	88941AR
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA - gomito e avambraccio - Sinistro	88941BL
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA - gomito e avambraccio - Destro	88941BR
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA - polso e mano - Sinistro/a	88941CL
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA - polso e mano - Destro/a	88941CR
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA - bacino	88941D
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA -coxo-femorale e femore-Sinistra	88941EL
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA-coxo-femorale e femore-Destra	88941ER
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA - ginocchio e gamba - Sinistro	88941FL
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA - ginocchio e gamba - Destro	88941FR
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA - caviglia e piede - Sinistra/o	88941GL
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA - caviglia e piede - Destra/o	88941GR
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO-spalla e braccio -Sx	88942AL
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO-spalla e braccio-Destra	88942AR

[2] Prestazioni strumentali ambulatoriali monitorate dal PRGTA (campo 19)	
Prestazione	**Codice nomenclatore**
RISONANZA MAGNETICA NUCL. (RM) MUSCOLOSCHELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO-gomito e avambr.-Sinistro	88942BL
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO-gomito e avambr.-Destro	88942BR
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO-polso e mano-Sinistro	88942CL
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO-polso e mano-Destro	88942CR
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO-bacino	88942D
RISONANZA MUSCOLOSCHELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO-coxo-femorale- Sinistro	88942EL
RISONANZA MUSCOLOSCHELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO - coxo-femorale – Destro	88942ER
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO-ginocchio e gamba-Sx	88942FL
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO-ginocchio e gamba-Destro	88942FR
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO-caviglia e piede-Sx	88942GL
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO-caviglia e piede-Destra	88942GR
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	88954
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	88955
SPIROMETRIA SEMPLICE	89371
SPIROMETRIA GLOBALE	89372
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	8941
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	8943
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	8950
ELETTROCARDIOGRAMMA	8952
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo	93081
ESAME DEL FUNDUS OCULI	95091
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	95411

Indicatore 3.a	Acquisti di attrezzature[3] / Fatturato totale		
Periodo di riferimento anni dal 2014 al 2018(CONTABILITÀ)			
NUMERATORE		**DENOMINATORE**	
Fonte dei dati	Modalità di calcolo	Fonte dei dati	Modalità di calcolo
Dichiarazione della struttura ex DPR 445/2000	**∑ (A + B + C)**	Dichiarazione della struttura ex DPR 445/2000	∑ importo fatture emesse per tutte le prestazioni erogate *(libera professione + per conto del S.S.R.)* nel periodo di riferimento (2014-2018)

A	B	C
∑ canoni di leasing e/o noleggio e/o affitto per attrezzature[3] utilizzate nel periodo di riferimento (2014-2018)	∑ ammortamenti ordinari (20% PER ANNO) Per attrezzature[3] acquistate nel periodo di riferimento (2014-2018)	∑ ammortamenti figurativi *(20% PER ANNO del valore dichiarato dalla ditta fornitrice/produttrice)* per attrezzature[3] utilizzate in comodato/service nel periodo di riferimento (2014-2018)

[3] Includere solo le attrezzature sanitarie e scientifiche utilizzate per l'erogazione di prestazioni ai pazienti

Indicatore 3.b	Unità di personale con rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato / Unità di personale contrattualizzato		
Periodo di riferimento: anno 2018			
NUMERATORE		DENOMINATORE	
Fonte dei dati	Modalità di calcolo	Fonte dei dati	Modalità di calcolo
Dichiarazione della struttura ex DPR 445/2000	Unità di personale della struttura nel periodo di riferimento con rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato (FTE[4])	Dichiarazione della struttura ex DPR 445/2000	Unità di personale dalla struttura nel periodo di riferimento (2018) con rapporto di lavoro dipendente (FTE[4])
[4]FTE: Full Time Equivalent			

Indicatore 4.a	Struttura certificata da organismi riconosciuti di livello nazionale o internazionale
Periodo di riferimento: anni dal 2014 al 2018	
Fonte dei dati	Modalità di calcolo
Dichiarazione della struttura ex DPR 445/2000	• Disponibilità di certificato valido nel 2019rilasciato nel periodo di riferimento da Enti Certificatori per certificazione di Sistemi di gestione Qualità ISO 9001 • Disponibilità di certificato di accreditamento dell'intera azienda, valido nel 2019, rilasciato nel periodo di riferimento da Enti di accreditamento riconosciuti a livello nazionale o internazionale (es: Accredia,CanadianAccreditationCouncil, AustralianCouncil on Healthcare Standards, Joint Commission International, Enti operanti nel territorio dell'UE, ecc.)

Indicatore 5.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
Periodo di riferimento: anno 2019	
Fonte dei dati	Modalità di calcolo
Azienda Sanitaria Provinciale.	Valutazione dell'ASP in rapporto a caratteristiche del distretto o isole minori: presenza nel distretto di altre strutture pubbliche e/o private

Procedimento per l'assegnazione della quota dell'aggregato provinciale di cui all'art. 2

1. Calcolare la quota dell'aggregato provinciale per branca da assegnare ai sensi dell'art. 2 del D.A. = **QUOTA ART. 2**
2. Raggruppare le strutture per codice branca
3. Calcolare il valore di ciascun indicatore per ogni struttura[1]

Calcolo del punteggio della struttura per gli indicatori relativi ai criteri 1, 2 e 3

4. Ordinare le strutture in ordine decrescente in base al valore dell'indicatore
5. Escludere il 50% delle strutture che presentano i valori più bassi
6. Attribuire un rango a ciascun valore dell'elenco delle rimanenti strutture = **R**
7. Calcolare il reciproco del rango = **1/R**
8. Sommare i valori dei reciproci = **SOMMA VALORI**
9. Calcolare i punti disponibili per ciascun indicatore moltiplicando PESO CRITERIO x PESO INDICATORE = **TOTALE PUNTI DISPONIBILI**
10. Assegnare un punteggio alla struttura in ragione della posizione in graduatoria applicando la formula

TOTALE PUNTI DISPONIBILI x (1/R) / SOMMA VALORI

Calcolo del punteggio della struttura per l'indicatore relativo al criterio 4

11. Calcolare il punteggio di ciascuna struttura che soddisfa il criterio applicando la formula:

Peso criterio / ∑ anni di validità del certificato per tutte le strutture x Anni di validità del certificato della struttura nel quinquennio di riferimento

Calcolo del punteggio della struttura per l'indicatore relativo al criterio 5

12. Calcolare il punteggio di ciascuna struttura che soddisfa il criterio applicando la formula:

Peso criterio x Peso indicatore / numero strutture che soddisfano il criterio

[1]Nel caso in cui un indicatore non possa essere calcolato per quella branca o abbia valore zero per tutte le strutture della branca il valore derivante dal prodotto *Peso criterio* x *Peso indicatore* va ridistribuito in parti uguali sugli altri Criteri incrementando proporzionalmente il *Peso criterio* di ciascun Criterio

Calcolo del punteggio complessivo della struttura e della somma da assegnare

13. Calcolare il punteggio complessivo della struttura sommando i punteggi ottenuti dalla struttura per ciascun indicatore = **PUNTEGGIO STRUTTURA**
14. Calcolare il peso della struttura sull'aggregato per branca applicando la formula:

Budget struttura per l'anno 2017 / Aggregato di spesa della relativa branca = PESO STRUTTURA

15. Moltiplicare il **PUNTEGGIO STRUTTURA** per il **PESO STRUTTURA = PUNTEGGIO PESATO STRUTTURA**
16. Calcolare la quota da assegnare alla struttura applicando la formula:

QUOTA ART. 2 / ∑ PUNTEGGIO PESATO DI TUTTE LE STRUTTURE x PUNTEGGIO PESATOSTRUTTURA = QUOTA DA ASSEGNARE ALLA STRUTTURA

Modello D

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a:

Cognome_____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

C.F.: _____ Tel.: _____

In qualità di_____

della società/struttura denominata _____

codice fiscale/partita IVA _____

con sede legale _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000)

sotto la propria responsabilità

DICHIARA

a) di avere calcolato i valori necessari per il computo degli indicatori di cui al D.A. n._____/2018 conformemente ai criteri definiti nell' Allegato **"C"**– SEZIONE **"C1"** del medesimo decreto;

b) che i valori del numeratore e del denominatore degli indicatori sotto elencati, calcolati come detto al precedente punto a), sono i seguenti:

Indicatore	Numeratore/Denominatore	Descrizione	Valore
1a	**Numeratore**	∑ importo fatture emesse (di competenza anno 2018) per prestazioni rese in libera professione (a pagamento)	
1a	**Denominatore**	∑ importo fatture emesse (di competenza anno 2018) per prestazioni rese comunque remunerate	

Nel caso di strutture accreditate per più branche, se il dato non può essere attribuito in maniera univoca alla singola branca, quest'ultimo sarà *"ripartito"* alle varie branche in proporzione al peso del fatturato specifico di ciascuna branca;

Modello D

Indicatore	Numeratore/Denominatore	Descrizione	Valore
3a	**Numeratore**	∑ canoni di leasing e/o noleggio e/o affitto di attrezzature[1] utilizzate nel periodo di riferimento (2014-2018) + ∑ ammortamenti ordinari (20% per anno) per attrezzature[1] acquistate nel periodo di riferimento (2014-2018) + ∑ ammortamenti figurativi (20% per anno del valore dichiarato dalla ditta fornitrice/produttrice) per attrezzature[1] utilizzate in comodato/service nel periodo di riferimento (2014-2018)	
3a	**Denominatore**	∑ importo fatture emesse per tutte le prestazioni erogate (libera professione + per conto del S.S.R.) nel periodo di riferimento (2014-2018)	
3b	**Numeratore**	Unità di personale della struttura nel periodo di riferimento (2018) con rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato (FTE[2])	
3b	**Denominatore**	Unità di personale dalla struttura nel periodo di riferimento (2018) con rapporto di lavoro dipendente (FTE[2])	

[1]Includere solo le attrezzature sanitarie e scientifiche utilizzate per l'erogazione di prestazioni ai pazienti

[2]FTE: Full Time Equivalent

c) di aver conseguito, ai fini del calcolo dell'indicatore 4a di cui al D.A. n. _____/2018 ed all'Allegato C sezione **"C1"** del medesimo decreto, il seguente certificato rilasciato da Enti Certificatori per certificazione di Sistemi di gestione Qualità ISO 9001 ovvero per accreditamenti rilasciati da Enti di accreditamento riconosciuti a livello nazionale o internazionale (es: Accredia, Canadian AccreditationCouncil, AustralianCouncil on Healthcare Standards, Joint Commission International, Enti operanti nel territorio dell'UE,ecc.):

_____

rilasciato da: _____

data 1° rilascio _____ data/e rinnovo/i _____

data scadenza _____

ovvero[3]

di non aver conseguito alcuna certificazione o accreditamento, oltre l'accreditamento istituzionale.

[3] Cancellare la dizione che non interessa

Modello D

Ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati e meglio noto con la sigla GDPR (General Data ProtectionRegulation), ufficialmente regolamento (UE) n. 2016/679 dichiara, altresì, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale è resa la presente dichiarazione.

Allega copia di un documento d'identità.

Luogo e data _____ *firma* _____

per esteso e leggibile