



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

Palermo, 10 OTTOBRE 2017

Il Presidente

Prot. n. 446/2017

Al Titolari delle case di cura  
LORO SEDI

**Oggetto: d.a. 1936 del 5 ottobre 2017 - aggregati e budget  
2017/18.**

Vi rimettiamo, in allegato, **il d.a. 1936 del 5 ottobre 2017  
"Aggregati di assistenza ospedaliera da privato – biennio  
2017/18"**, notificato in data odierna dall'Assessorato regionale  
della salute ed in corso di pubblicazione.

Cordiali saluti

Dott. Barbara Cittadini

446/2017

REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE  
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica  
Servizio 5 "Economico-Finanziario"

Prot.n. 5°/Dip./0077798

Palermo, 10/10/2017

Oggetto: Trasmissione decreto

Ai Direttori Generali  
delle Aziende Sanitarie Provinciali  
AG-CL-CT-ME-PA-RG-SR-TP  
LORO SEDI

e, p.c. Al Presidente Regionale AIOP  
Via Giuseppe La Farina, 3  
90141 Palermo

Nelle more della pubblicazione nella GURS si trasmette, in allegato alla presente con effetto di notifica e per il seguito di competenza, il DA n. 1936 del 5 ottobre 2017 che fissa gli aggregati di spesa per l'ospedalità privata (Case di Cura) per gli anni 2017 e 2018.

Il Funzionario Direttivo  
Bua Maria *[Signature]*



*[Signature]*  
Dirigente del Servizio  
Dott. Maurizio Varia

**ASSESSORATO DELLA SALUTE**DECRETO 5 ottobre 2017. **N. 1936****Aggregati di assistenza ospedaliera da privato - biennio 2017-2018.****L'ASSESSORE PER LA SALUTE**

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge n. 833/78 e successive modifiche ed integrazioni di istituzione del Servizio sanitario nazionale;

Visto il D.P.Reg. 28 febbraio 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 successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 e successive modifiche ed integrazioni di riordino del sistema sanitario in Sicilia pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana 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";

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

Vista la delibera di Giunta n. 201 del 10 agosto 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 legge regionale 7 maggio 2015, n. 9. Modifica del D.P.Reg. 18 gennaio 2013, n. 6 e successive modifiche ed integrazioni";

Visto il D.A. n. 1220 del 30 giugno 2011 e successive modifiche ed integrazioni, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, parte I n. 35, del 19 agosto 2011, con il quale è stato approvato il "Piano regionale per il governo dei tempi di attesa per il triennio 2011-2013";

Visto il D.A. n. 496 del 13 marzo 2013 e successive modifiche ed integrazioni concernente i controlli analitici delle cartelle cliniche;

Visto il D.A. n. 923/2013 del 14 maggio 2013, con il quale sono state adottate, a far data dall'1 giugno 2013, le tariffe di cui al D.M. 18 ottobre 2012, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 23 del 28 gennaio 2013, per le prestazioni di assistenza ospedaliera;Visto il D.A. n. 924/2013 del 14 maggio 2013 ed il successivo D.A. n. 2533 del 31 dicembre 2013 (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana 17 gennaio 2014), con il quale

sono state rideterminate, a far data dall'1 giugno 2014, i criteri di abbattimento dei D.R.G. a rischio di inappropriatezza e le tariffe per le prestazioni erogate in regime di Day Service;

Visto il D.A. n. 954/2013 del 17 maggio 2013 e successive modifiche ed integrazioni, con il quale sono state rideterminate, a far data dall'1 giugno 2013, le tariffe per le prestazioni erogate in regime di Day Service;

Vista la delibera n. 218, con la quale la Giunta regionale nella seduta del 27 giugno 2013 ha apprezzato il Programma operativo di consolidamento e sviluppo 2013/2015 delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Servizio sanitario regionale, in prosecuzione del Programma operativo 2010/2012, proposto ai sensi dell'art. 11 del D.L. 31 maggio 2010, n. 78 convertito in legge 30 luglio 2010, n. 122, adottato con D.A. n. 476 del 26 marzo 2014 e successive modifiche ed integrazioni e della sua prosecuzione con il "Programma operativo di consolidamento e sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema sanitario regionale 2016-2018" approvato con D.A. n. 1351 del 7 luglio 2014;

Visto il Patto per la salute per gli anni 2014-2016, giunta 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 D.A. n. 629 del 31 marzo 2017 e successive modifiche ed integrazioni, recante "Riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 2 aprile 2015, n. 70";

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 *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 47 del 26 febbraio 2016, che prevede: "... omissis ... Le tariffe massime delle strutture che erogano assistenza ambulatoriale di cui al comma 15, valide dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro previsto dal medesimo comma 15, nonché le tariffe delle prestazioni relative all'assistenza protesica di cui all'articolo 2, comma 380, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, costituiscono riferimento fino alla data del 30 settembre 2016, per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica. Le tariffe massime delle strutture che erogano assistenza ospedaliera di cui al comma 15, valide dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro previsto dal medesimo comma 15, costituiscono riferimento, fino alla data del 31 dicembre 2016, per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica";

Considerato che 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 ospedaliera pri-

vata convenzionata la Regione è tenuta, sulla base delle risorse disponibili (Fondo sanitario regionale), a definire annualmente il tetto di spesa regionale, da assegnare attraverso la determinazione degli aggregati provinciali, nonché a stabilire i criteri per la contrattazione a cui i direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali devono attenersi per fissare i *budget* alle singole strutture sanitarie private;

Preso atto degli esiti del confronto con i rappresentanti regionali delle associazioni di categoria maggiormente rappresentative (Associazione italiana dell'ospitalità privata - A.I.O.P.), ai sensi dell'art. 25, comma 4, della legge regionale n. 5/2009, in merito ai contenuti di cui al presente decreto;

Vista la legge n. 208 del 28 dicembre 2015 (legge di stabilità 2016) che all'articolo 1, comma 574, lett. a), ha modificato il comma 14 dell'art. 15 del decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012, convertito con modificazioni, dalla legge

7 agosto 2012, n. 135, apportando le seguenti variazioni: "A tutti i contratti e agli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014 ... *omissis*";

Considerato, per effetto dell'applicazione del comma 14 dell'art. 15 del D.L. n. 95/2012, convertito con modifiche nella legge 7 agosto 2012, n. 135, che l'aggregato di spesa annua per l'assistenza ospedaliera da privato per il biennio 2017 e 2018 si attesta in € 469.660.000,00, come esplicitato nella tabella sottostante:

	Totale spesa sostenuta nel 2011	Aggregato 2017-2018 = spesa 2011 -2%
Attività ordinaria di ricovero	463.738.000,00	454.463.000,00
Mobilità attiva	8.657.000,00	8.484.000,00
Mobilità passiva	6.850.000,00	6.713.000,00
<i>Totale</i>	479.245.000,00	469.660.000,00

Preso atto del D.D.G. n. 1132 del 29 giugno 2015, con il quale è stato recepito l'atto di transazione del 21 maggio 2015 sottoscritto dal dirigente generale del Dipartimento pianificazione strategica pro-tempore di questo Assessorato, dal direttore generale dell'A.S.P. di Trapani e dal rappresentante legale della società Ginnic Club Vanico s.r.l., in cui si conveniva all'articolo 1 che: "L'aggregato di spesa per l'assistenza ospedaliera da privato a decorrere dall'anno 2015, da destinare alla provincia di Trapani, relativo alla branca della riabilitazione, sarà incrementato, per effetto della presente transazione, della somma di € 1.800.000,00 da destinarsi alla contrattualizzazione da parte dell'A.S.P. di Trapani della soc. Ginnic Club Vanico s.r.l. per n. 25 p.l. di riabilitazione. Tale assegnazione si intenderà definitivamente soddisfatta di ogni pretesa ed aspettativa da parte della società per il predetto anno";

Considerato che, per effetto delle determinazioni contenute nella transazione, giusta D.D.G. n. 1132/2015, il tetto di spesa complessivo per l'assistenza ospedaliera da privato per il biennio 2017-2018 resta determinato in complessivi € 471.460.000,00, così come fissato anche nel D.A. n. 1605/2016 e nel D.A. n. 1418/2015;

Considerato che con i prot. nn. 10 e 12 del 9 febbraio 2017 la società Ginnic Club Vanico s.r.l. ha richiesto la determinazione del *budget* annuo tenuto conto dell'applicazione della tariffa media di riabilitazione (€ 240,72) da calcolarsi per 330 giorni, corrispondenti alle giornate annue con occupazione al 90%, dei posti letto contrattualizzati (n. 25) che quantifica un *budget* annuo complessivo di € 1.985.940,00;

Ritenuto, conseguentemente, di incrementare l'aggregato destinato all'attività di riabilitazione dell'A.S.P. di Trapani per l'importo, pari a € 185.940,00, riducendo di pari importo l'aggregato fissato, per l'anno 2016, per la mobilità attiva che si riduce ad € 8.298.060,00 (8.484.000,00 - 185.940,00);

Preso atto, infine, della cessione del ramo d'Azienda della Casa di cura Serena in favore della Casa di cura "Maria Eleonora Hospital s.r.l." (n. 12 posti letto di riabilitazione, n. 8 posti letto ordinari e n. 2 posti letto di day surgery di urologia) e della Casa di cura "Candela S.p.A." (n. 6 posti letto di riabilitazione), giuste note del Dipartimento ASOE prot. n. 13597 e prot. n. 13611 del 14 febbraio 2017 e successive;

Considerato che tutte le strutture coinvolte nella cessione del ramo di Azienda ricadono nel territorio dell'A.S.P. di Palermo;

Vista la nota prot. n. 26576 del 7 giugno 2017 dell'A.S.P. di Palermo, con la quale la stessa comunica alla Casa di cura "Candela S.p.A." la disponibilità del correlato *budget*, a seguito della cessione del ramo d'azienda di cui sopra, per n. 6 posti letto di riabilitazione, secondo tempi e modalità previsti all'art. 3 del contratto di cessione, il cui valore annuo è indicato in € 496.980,00;

Vista la nota prot. n. 30065 del 28 giugno 2017 dell'A.S.P. di Palermo, con la quale la stessa comunica alla Casa di cura "Maria Eleonora Hospital s.r.l." la disponibilità del correlato *budget*, a seguito della cessione del ramo d'azienda di cui sopra, secondo tempi e modalità previsti all'art. 3 del contratto di cessione, il cui valore annuo è indicato in € 951.465,90 per n. 12 posti letto di riabilitazione ed € 550.000,00 per n. 8 posti letto ordinari e n. 2 posti letto di day surgery di urologia;

Considerato che al fine di determinare i *budget*, per il biennio 2017-2018, scaturenti dalla cessione del ramo d'azienda come sopra esposto, si ritiene di lasciare inalterata la composizione degli aggregati complessivamente attribuiti alla provincia di Palermo, autorizzando contestualmente la competente A.S.P. a trasferire i suddetti *budget*, come fissati con le citate note prot. n. 26576 del 7 giugno 2017 e prot. n. 30065 del 28 giugno 2017, non appena completate le necessarie procedure ed in rapporto al periodo interessato;

Preso atto del trasferimento dalla provincia di Catania alla provincia di Trapani ed in particolare alla Casa di cura S. Anna s.r.l. di Erice (TP) di n. 4 posti letto, giusta D.D.S. n. 2176 del 10 novembre 2016, per effetto della rimodulazione e contestuale cessione di n. 4 posti letto (n. 2 di chirurgia generale e n. 2 di ginecologia) da parte della Casa di cura Valsalva di Catania (giusta D.D.S. n. 2177 del 10 novembre 2016);

Considerato che attraverso la valorizzazione delle prestazioni erogate nei reparti dei posti letto ceduti dalla Casa di cura Valsalva (CT), nell'anno 2016, è stato determinato l'importo annuo da trasferire alla provincia di Trapani in favore della Casa di cura S. Anna di Erice (TP), pari a € 350.000,00;

Considerato che la giurisprudenza amministrativa ha rappresentato come la fissazione dei tetti di spesa costituisca oggetto di atto autoritativo di esclusiva competenza regionale e rappresenti un preciso e ineludibile obbligo dettato da insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica e che il provvedimento con il quale si fissa il tetto massimo per le prestazioni erogate da privati non viola il legittimo affidamento

dei titolari delle strutture accreditate;

Rilevato, che la giurisprudenza amministrativa, con sentenza del Consiglio di Stato in Adunanza Plenaria n. 3/2012, ha precisato che: "... *omissis* ... Alle Regioni è stato pertanto affidato il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti alla spesa sanitaria, in coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell'ambito di una pianificazione finanziaria. Alla stregua di detta disciplina spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni";

Ritenuto, pertanto, per quanto fin qui espresso, di fissare il tetto di spesa relativo all'attività ordinaria di ricovero per l'assistenza ospedaliera da privato, per il biennio 2017-2018, in complessivi € 454.794.940,00, comprensivo delle risorse destinate alle prestazioni per i posti letto di residenzialità psichiatrica (di cui al Piano operativo regionale 2010-2012 - azione 1.4), come di seguito indicato:

	Aggregato definitivo 2016	Rettifiche negative	Rettifiche positive	Aggregato definitivo 2017-2018
A.S.P. Agrigento	12.218.000,00			12.218.000,00
A.S.P. Caltanissetta	14.368.000,00			14.368.000,00
A.S.P. Catania	152.501.000,00	- 350.000,00		152.501.000,00
A.S.P. Messina	67.265.000,00			67.265.000,00
A.S.P. Palermo	147.144.000,00			147.144.000,00
A.S.P. Ragusa	8.315.000,00			8.315.000,00
A.S.P. Siracusa	35.721.000,00			35.721.000,00
A.S.P. Trapani	17.077.000,00		535.940,00	17.612.940,00
	454.609.000,00	- 350.000,00	535.940,00	454.794.940,00

Ritenuto, altresì, di destinare per il biennio 2017-2018, un aggregato specifico, pari a € 1.298.060,00, agli interventi di trapianto di organo e tessuti, tenuto conto dei trapianti effettuati nel corso dell'anno 2016, come comunicati dall'Area Interdipartimentale 4 con note prott. nn. 72293 del 18 settembre 2017 e 73250 del 21 settembre 2017 e dal Centro regionale trapianti (C.R.T.) con nota prot. n. 362 del 21 settembre 2017, riducendo di pari importo l'aggregato fissato per l'anno 2016 per la mobilità

attiva che si ridetermina in € 7.000.000,00 (8.298.060,00 - 1.298.060,00). L'aggregato in argomento di € 1.298.060,00, viene ripartito per un importo pari a € 1.090.000,00, per le prestazioni di trapianto di midollo osseo e, per un importo pari a € 208.060,00, per le prestazioni di trapianto di cornea, assegnando tali somme, sia in ambito provinciale sia a ciascuna Casa di cura, in proporzione alle relative produzioni nell'anno 2016, come indicato nella tabella sottostante:

Azienda	Produzione 2016 delle Case di cura per trapianti di midollo osseo	Produzione 2016 delle Case di cura per trapianti di cornea	Anno 2017 e 2018 Quota attribuita per trapianti di midollo osseo	Anno 2017 e 2018 Quota attribuita per trapianti di cornea
A.S.P. Agrigento			0,00	0,00
A.S.P. Caltanissetta			0,00	0,00
A.S.P. Catania	3.109.912,00	19.786,00	323.000,00	28.000,00
A.S.P. Messina		3.044,00	0,00	4.000,00
A.S.P. Palermo	7.373.359,00	125.320,00	767.000,00	176.060,00
A.S.P. Ragusa			0,00	0,00
A.S.P. Siracusa			0,00	0,00
A.S.P. Trapani			0,00	0,00
<i>Totale complessivo</i>	10.483.271,00	148.150,00	1.090.000,00	208.060,00

Preso atto della produzione valorizzata a tariffa intera ed erogata, nell'anno 2016, dalle Case di cura per mobilità attiva extra regione, come comunicato dall'Area inter-

departimentale 4 di questo Dipartimento con nota prot. n. 71973 del 15 settembre 2017, come di seguito rappresentata:

Anno 2016 - Mobilità attiva erogata dalle cliniche private

Azienda	Alta complessità	Bassa complessità	Potenzialmente inappropriato	Totale complessivo
A.S.P. Agrigento	6.624,00	75.421,00	7.993,00	90.038,00
A.S.P. Caltanissetta	-	91.550,00	9.017,00	100.567,00
A.S.P. Catania	835.157,00	1.161.073,00	297.432,00	2.093.662,00
A.S.P. Messina	2.126.277,00	4.597.682,00	305.422,00	7.029.381,00
A.S.P. Palermo	329.619,00	669.215,00	59.483,00	1.058.317,00
A.S.P. Ragusa	12.287,00	136.175,00	1.019,00	149.481,00
A.S.P. Siracusa	139.566,00	107.627,00	4.977,00	252.170,00
A.S.P. Trapani	25.060,00	225.242,00	5.855,00	256.157,00
<i>Totale complessivo</i>	<i>3.474.590,00</i>	<i>7.063.985,00</i>	<i>491.198,00</i>	<i>11.029.773,00</i>

Ritenuto di fissare l'aggregato di spesa, per il biennio 2017-2018, destinato alle prestazioni di ricovero per acuti e post-acuti da erogare in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva), in € 11.000.000,00 di cui € 7.000.000,00 da ripartire, in ambito provinciale, alla luce delle prestazioni

ni complessivamente erogate per mobilità attiva dalle Case di cura nell'anno 2016, mentre la somma di € 4.000.000,00 viene ripartita su base provinciale per remunerare esclusivamente prestazioni di alta specialità come meglio dettagliato nel prosieguo del presente provvedimento:

Tabella A

Azienda	Aggregato 2016 mobilità attiva (D.A. n. 1605/2016)	Totale produzione 2016 erogata in mobilità attiva a tariffa intera	Colonna 1 Quota per mobilità attiva 2017-2018 in proporzione alla produzione 2016	Colonna 2 Tetto di spesa per alta specialità da erogare in mobilità attiva 2017-2018
A.S.P. Agrigento	16.000,00	90.038,00	56.000,00	20.000,00
A.S.P. Caltanissetta	39.000,00	100.567,00	64.000,00	20.000,00
A.S.P. Catania	1.712.000,00	2.093.662,00	1.329.000,00	952.000,00
A.S.P. Messina	5.546.000,00	7.029.381,00	4.461.000,00	2.424.000,00
A.S.P. Palermo	1.058.000,00	1.058.317,00	672.000,00	376.000,00
A.S.P. Ragusa	132.000,00	149.481,00	95.000,00	20.000,00
A.S.P. Siracusa	207.000,00	252.170,00	160.000,00	159.000,00
A.S.P. Trapani	92.000,00	256.157,00	163.000,00	29.000,00
<i>Totale</i>	<i>8.484.000,00</i>	<i>11.029.773,00</i>	<i>7.000.000,00</i>	<i>4.000.000,00</i>

Ritenuto di assegnare alle singole strutture (Case di cura) un budget per le prestazioni di ricovero in regime di acuzie e post acuzie in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale) di cui alla Colonna 1, in proporzione alla produzione erogata nell'anno 2016 da ciascuna struttura per prestazioni rese in mobilità attiva e, comunque, entro il limite massimo invalicabile dei tetti di spesa provinciali sopra riportati.

Ai fini della remunerazione delle prestazioni erogate in mobilità attiva, sia per i ricoveri per acuti che per le prestazioni di riabilitazione e/o di lungodegenza, ai cittadini provenienti da altre Regioni, si riconoscerà la corrispondente tariffa regionale vigente nella misura del 100%, in conformità alle osservazioni avanzate in più occasioni dal Ministero della salute in merito all'applicazione dell'arti-

colo 25 della legge regionale n. 5/2009, comma 1, lett. f), e successive modifiche ed integrazioni.

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

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

Ritenuto, inoltre, di procedere alla variazione della distribuzione delle risorse di cui alla colonna D articolo 3 del D.A. n. 1605/2016, per effetto della correzione dei dati dell'anno 2013 dell'A.S.P. di Catania (comunicato con nota

prot. n. 1807/H del 26 settembre 2017), come di seguito indicato, facendo confluire tali risorse nell'ambito dell'aggregato per acuti, ripartendo eventuali modifiche di asse-

gnazione a livello di singola struttura, rispetto all'anno 2016, in proporzione a quanto assegnato nell'anno precedente:

Azienda	Integrazione ricoveri per acuti (mobilità passiva)
A.S.P. Agrigento	73.000,00
A.S.P. Caltanissetta	538.000,00
A.S.P. Catania	1.745.000,00
A.S.P. Messina	1.601.000,00
A.S.P. Palermo	3.248.000,00
A.S.P. Ragusa	519.000,00
A.S.P. Siracusa	489.000,00
A.S.P. Trapani	163.000,00
<b>Totale</b>	<b>8.367.000,00</b>

Ritenuto, infine, di determinare, sulla base del trend storico e delle correzioni di cui sopra, gli aggregati provinciali, per il biennio 2017-2018, della quota di "lungodegenza", di "riabilitazione" e di "ricovero acuti", da attribuire a ciascuna Azienda sanitaria provinciale, ai fini

dell'assegnazione dei *budget* alle Case di cura accreditate di media ed alta specialità che erogano prestazioni per il Servizio sanitario regionale, come indicato nella tabella che segue per un totale complessivo pari a € 463.161.940,00:

Azienda	Quota lungodegenza 2017-2018	Quota riabilitazione 2017-2018	Quota ricoveri ordinari 2017-2018	Aggregati anni 2017-2018
A.S.P. Agrigento	-	-	12.291.000,00	12.291.000,00
A.S.P. Caltanissetta	254.100,00	3.733.600,00	10.918.300,00	14.906.000,00
A.S.P. Catania	2.022.000,00	33.048.000,00	118.826.000,00	153.896.000,00
A.S.P. Messina	609.900,00	8.658.700,00	59.597.400,00	68.866.000,00
A.S.P. Palermo	2.979.300,00	6.527.700,00	140.885.000,00	150.392.000,00
A.S.P. Ragusa	-	3.111.100,00	5.713.900,00	8.825.000,00
A.S.P. Siracusa	-	3.971.900,00	32.238.100,00	36.210.000,00
A.S.P. Trapani	-	4.527.940,00	13.248.000,00	17.775.940,00
<b>Totale</b>	<b>5.865.300,00</b>	<b>63.578.940,00</b>	<b>393.717.700,00</b>	<b>463.161.940,00</b>

Considerato che:

- le Aziende sanitarie provinciali, nella determinazione dei *budget* da assegnare per il biennio 2017-2018 alle Case di cura, dovranno tenere conto del rapporto tra il *budget* assegnato nell'anno 2016 ed i tetti di spesa provinciali di cui alla precedente tabella, tenendo distinte le quote per acuti, lungodegenza e riabilitazione;

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

- le eventuali economie che si realizzino nell'ambito di ciascun aggregato di spesa provinciale destinato all'attività ordinaria di ricovero per ciascuna tipologia, secondo la precedente tabella, devono essere redistribuite prioritariamente all'interno dello stesso, a condizione che i diret-

tori generali delle A.S.P., attraverso motivate ed accertate esigenze, provvedano a rinegoziare, entro e non oltre il 30 novembre 2017 e 2018, i *budget* delle strutture, senza che questo influenzi o determini automatismi nella determinazione dei *budget* per l'anno successivo;

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

Ritenuto, pertanto, di fissare il tetto di spesa complessivo per l'assistenza ospedaliera da privato, per il biennio 2017-2018, in complessivi € 471.460.000,00, composto dai seguenti specifici aggregati di spesa regionale:

- aggregato destinato alla mobilità attiva extra regione;
- aggregato destinato ai trapianti di midollo osseo;

- aggregato destinato ai trapianti di cornea;
- aggregato destinato all'attività ordinaria di ricovero;

	Aggregato regionale 2017-2018
Mobilità attiva extra-regione	7.000.000,00
Aggregato trapianti di midollo osseo	1.090.000,00
Aggregato trapianti di cornea	208.060,00
Attività ordinaria di ricovero	463.161.940,00
<i>Totale</i>	471.460.000,00

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

Ravvisata la volontà regionale di promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, migliorando in particolare l'appropriatezza organizzativa, orientando l'attività di ricovero verso le forme che rispondano ai bisogni della popolazione assistita, e segnatamente verso prestazioni a maggiore complessità, al fine anche di incidere maggiormente sulla qualità dell'assistenza sia in termini di efficacia che di efficienza;

Ritenuto, quindi, di fissare, per il biennio 2017-2018, un aggregato aggiuntivo rispetto all'anno 2016, in deroga a quanto fissato dall'art. 15, comma 14, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 e successive modifiche ed integrazioni, al fine di programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, così come definita dall'art. 1, comma 574, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, erogate in favore di cittadini non residenti in Sicilia per un importo totale a livello regionale pari ad € 4.000.000,00. Il suddetto aggregato, destinato esclusivamente alle prestazioni di alta complessità in favore di cittadini non residenti, è ripartito in ambito provinciale in proporzione alla produzione di alta complessità erogata nell'anno 2016 dalle Case di cura, garantendo in ogni caso a livello provinciale un tetto di spesa di € 20.000,00 come segue:

Tabella B

Azienda	Tetto di spesa per alta specialità da erogare in mobilità attiva 2017-2018
A.S.P. Agrigento	20.000,00
A.S.P. Caltanissetta	20.000,00
A.S.P. Catania	952.000,00
A.S.P. Messina	2.424.000,00
A.S.P. Palermo	376.000,00
A.S.P. Ragusa	20.000,00
A.S.P. Siracusa	159.000,00
A.S.P. Trapani	29.000,00
<i>Totale</i>	4.000.000,00

Stabilito che la singola struttura potrà accedere all'aggregato per "incremento mobilità attiva alta complessità", di cui alla Tabella B, esclusivamente nel caso in cui le prestazioni di alta complessità dalla stessa erogate a favore di cittadini non residenti nel biennio 2017-2018 siano incrementate rispetto all'anno 2016;

Precisato, pertanto, che le strutture che nel biennio 2017-2018 non registreranno il suddetto incremento delle prestazioni di alta complessità a favore di cittadini non residenti non potranno far valere alcun diritto sul *budget* aggiuntivo di cui sopra;

Stabilito che l'aggregato per "incremento mobilità attiva alta complessità" remunererà esclusivamente la quota parte incrementale, rispetto all'anno 2016, di prestazioni di alta complessità a favore di cittadini non residenti erogate dalla struttura;

Precisato, pertanto, che le prestazioni di alta complessità erogate a favore di cittadini non residenti dovranno essere ricomprese nell'ambito del *budget* 2017-2018 "non residenti" (mobilità attiva) di cui alla Colonna 1 della Tabella A del presente decreto, fino a concorrenza del valore delle prestazioni di alta complessità a favore di cittadini non residenti erogate dalle Case di cura nell'anno 2016;

Precisato inoltre che l'aggregato aggiuntivo di cui alla Tabella B viene fissato per il biennio 2017-2018, pertanto tale aggregato non potrà far sorgere in capo ai singoli soggetti erogatori alcun diritto acquisito o legittimo affida-



mento a vedersi riconosciuto lo stesso anche negli anni successivi;

Stabilito che il *budget* assegnato per le prestazioni ospedaliere a favore di cittadini residenti non potrà essere utilizzato per le prestazioni ai non residenti e viceversa;

Ritenuto di riservarsi di valutare la possibilità, a consuntivo dell'anno di riferimento, ove dovessero residuare economie nell'ambito degli aggregati provinciali in cui è stato ripartito l'aggregato regionale di € 4.000.000,00 (Tabella B), di assegnare tali economie alle Aziende sanitarie provinciali nei cui ambiti le prestazioni di alta complessità erogate dalle Case di cura risultino in esubero rispetto al limite di spesa provinciale individuato dal presente decreto, fatto salvo il principio dell'invarianza finanziaria prevista dall'articolo 1, comma 574, della legge n. 208/2015;

Considerato che nell'ambito della configurazione di accreditamento e del *budget* assegnato le prestazioni sanitarie con onere a carico del S.S.R. devono essere rese nel rispetto degli obiettivi di programmazione e di indirizzo regionale, dei criteri di congruità e appropriatezza, nonché con finalità di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure erogate, tenendo conto del governo delle liste d'attesa;

Ritenuto, pertanto, di adottare al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, comma 574, lett. b), della legge n. 208/2015, le seguenti misure finalizzate, ai sensi dell'art. 15, comma 14, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 e successive modifiche ed integrazioni, a garantire l'invarianza dell'effetto finanziario complessivo del sistema, come di seguito rappresentato, oltre a misure alternative di risparmio di spesa per l'acquisizione di beni e servizi a seguito di procedure di gara centralizzate o aggregate:

1. la soglia massima di prestazioni di bassa complessità e/o potenzialmente inappropriate erogate in mobilità attiva deve ridursi, rispetto alla produzione per pazienti fuori regione dell'anno 2016, per ciascuna struttura, del 10% per cento per l'anno 2017, del 15% per l'anno 2018 e di un ulteriore 20% per l'anno 2019, ad eccezione dei ricoveri in urgenza;

2. deve effettuarsi la verifica dell'appropriatezza attraverso il controllo analitico delle cartelle cliniche da parte dei N.O.C. delle A.S.P. sulla totalità delle cartelle dei pazienti residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza con applicazione dei relativi abbattimenti;

3. il valore che potrà riconoscersi alle Case di cura per eventuali prestazioni erogate in eccedenza ai residenti fuori regione, oltre il tetto di € 7.000.000,00 e, comunque, entro il limite di 4.000.000,00, per remunerare esclusivamente prestazioni di alta complessità, così come definita dalla legge n. 208/2015, saranno eventualmente riconosciute alle Case di cura, in proporzione alla produzione incrementale effettuata, solo nei tempi ed agli esiti delle procedure di compensazione fra le regioni interessate alla mobilità attiva/passiva;

Ritenuto, che le competenti Aziende sanitarie provinciali dovranno vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate e accreditate;

Ritenuto per le suddette finalità, di dover onerare i direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali di operare un costante e sistematico monitoraggio e controllo sull'andamento dell'attività erogata dalle Case di

sottoscritto sulla base dello schema di cui all'allegato A al presente provvedimento;

Visto l'art. 68 della legge regionale 12 agosto 2014, n. 21 e successive modifiche ed integrazioni;

Decreta:

Per quanto riportato in premessa che qui si intende interamente richiamato:

Art. 1

L'aggregato regionale complessivo per l'assistenza ospedaliera da privato per il biennio 2017-2018 delle Case di cura è determinato in € 471.460.000,00 e costituisce tetto di spesa massimo per tali prestazioni, comprensivo delle risorse destinate alle prestazioni erogate con i posti letto di residenzialità psichiatrica (di cui al Piano operativo regionale 2010-2012 - azione 1.4 -), così composto:

- aggregato destinato alla mobilità attiva extra regione;
- aggregato destinato ai trapianti di midollo osseo;
- aggregato destinato ai trapianti di cornea;
- aggregato destinato all'attività ordinaria di ricovero.

	Aggregato regionale 2017-2018
Mobilità attiva extra-regione	7.000.000,00
Aggregato trapianti di midollo osseo	1.090.000,00
Aggregato trapianti di cornea	208.060,00
Attività ordinaria di ricovero	463.161.940,00
<i>Totale</i>	471.460.000,00

Art. 2

Le Aziende sanitarie provinciali assegneranno, per il biennio 2017-2018, alle Case di cura un *budget* destinato alle prestazioni di ricovero per acuti e post-acuti erogate in favore dei cittadini di altre regioni (mobilità attiva extra-regionale), in proporzione alla produzione nell'anno 2016 da ciascuna struttura per mobilità attiva e, comunque, entro il limite massimo invalicabile dei tetti di spesa provinciali sotto riportati:

Azienda	Quota attribuita per mobilità attiva 2017-2018
A.S.P. Agrigento	56.000,00
A.S.P. Caltanissetta	64.000,00
A.S.P. Catania	1.329.000,00
A.S.P. Messina	4.461.000,00
A.S.P. Palermo	672.000,00
A.S.P. Ragusa	95.000,00
A.S.P. Siracusa	160.000,00
A.S.P. Trapani	163.000,00
<i>Totale</i>	7.000.000,00

Ai fini della remunerazione delle prestazioni erogate in mobilità attiva, sia per i ricoveri per acuti che per le prestazioni di riabilitazione e/o di lungodegenza, ai cittadini provenienti da altre regioni, si riconoscerà la corrispon-

dente tariffa regionale vigente nella misura del 100%, in conformità alle osservazioni avanzate in più occasioni dal Ministero della salute in merito all'applicazione dell'articolo 25 della legge regionale n. 5/2009, comma 1, lett. f) e successive modifiche ed integrazioni.

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

Le eventuali economie che si realizzino nell'ambito di ciascun aggregato provinciale per la mobilità attiva "extra regione" dovranno essere redistribuite in favore di quelle strutture della stessa provincia che hanno registrato una

maggiore produzione per la stessa attività "extra regione", rispetto al *budget* assegnato.

#### Art. 3

È fissato un aggregato specifico, pari a € 1.298.060,00, destinato agli interventi di trapianti di organo e tessuti, ripartito, per un importo pari a € 1.090.000,00, per le prestazioni di trapianto di midollo osseo e, per un importo pari a € 208.060,00, per le prestazioni di trapianto di cornea, assegnando tali somme, sia in ambito provinciale sia a ciascuna Casa di cura, in proporzione alle relative produzioni nell'anno 2016, come indicato nella tabella sottostante:

Azienda	Anno 2017-2018 Quota attribuita per trapianti di midollo osseo	Anno 2017-2018 Quota attribuita per trapianti di cornea
A.S.P. Agrigento	0,00	0,00
A.S.P. Caltanissetta	0,00	0,00
A.S.P. Catania	323.000,00	28.000,00
A.S.P. Messina	0,00	4.000,00
A.S.P. Palermo	767.000,00	176.060,00
A.S.P. Ragusa	0,00	0,00
A.S.P. Siracusa	0,00	0,00
A.S.P. Trapani	0,00	0,00
<i>Totale complessivo</i>	1.090.000,00	208.060,00

#### Art. 4

Per il biennio 2017-2018, le Aziende sanitarie provinciali, ai fini dell'assegnazione dei *budget* (comprensivo delle risorse destinate alle prestazioni erogate nei posti

letto di residenzialità psichiatrica) per l'attività ordinaria di ricovero alle Case di cura accreditate già contrattualizzate, disporranno delle somme a fianco indicate nella seguente tabella:

Azienda	Quota lungodegenza 2017-2018	Quota riabilitazione 2017-2018	Quota ricoveri ordinari 2017-2018	Aggregati anni 2017-2018
A.S.P. Agrigento	-	-	12.291.000,00	12.291.000,00
A.S.P. Caltanissetta	254.100,00	3.733.600,00	10.918.300,00	14.906.000,00
A.S.P. Catania	2.022.000,00	33.048.000,00	118.826.000,00	153.896.000,00
A.S.P. Messina	809.900,00	8.658.700,00	59.597.400,00	68.866.000,00
A.S.P. Palermo	2.979.300,00	6.527.700,00	140.885.000,00	150.392.000,00
A.S.P. Ragusa	-	3.111.100,00	5.713.900,00	8.825.000,00
A.S.P. Siracusa	-	3.971.900,00	32.238.100,00	36.210.000,00
A.S.P. Trapani	-	4.527.940,00	13.248.000,00	17.775.940,00
<i>Totale</i>	5.865.300,00	63.578.940,00	393.717.700,00	463.161.940,00

#### Art. 5

Nella determinazione dei *budget* da assegnare per il biennio 2017-2018 alle Case di cura, i direttori generali delle AA.SS.PP. dovranno tenere conto del rapporto tra *budget* assegnato nell'anno 2016 e i tetti di spesa provinciali di cui all'art. 4, tenendo distinte le quote per acuti, lungodegenza e riabilitazione.

#### Art. 6

Alle Case di cura con *budget* misto è consentito di spo-

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

Le eventuali economie che si realizzino nell'ambito di ciascun aggregato di spesa provinciale, destinato all'attività ordinaria di ricovero per ciascuna tipologia di ricovero, secondo la tabella di cui all'art. 4, dovranno essere redistribuite prioritariamente all'interno dello stesso aggregato di spesa, a condizione che i direttori generali delle A.S.P. attraverso motivate ed accertate esigenze, provvedano a rinegoziare, entro e non oltre il 30 novembre 2017 e 2018, i budget delle strutture senza che questo influenzi o determini automatismi nella definizione del budget per l'anno successivo.

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

#### Art. 7

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

#### Art. 8

In conformità a quanto riportato nell'allegato 1 "Documento metodologico per la riorganizzazione del sistema di rete dell'emergenza - urgenza della Regione siciliana" al D.A. n. 629 del 31 marzo 2017 intitolato "Riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 2 aprile 2015, n. 70", approvato dal tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e dal Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza nella riunione congiunta del 20 aprile 2017, a decorrere dall'anno 2017, non si applicano gli abbattimenti tariffari per fascia ai Punti nascita pubblici e privati accreditati.

#### Art. 9

È fissato, per il biennio 2017-2018, un aggregato aggiuntivo rispetto al precedente anno, in deroga a quanto fissato dall'art. 15, comma 14, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 e successive modifiche ed integrazioni, al fine di programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, così come definita dall'art. 1, comma 574, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, erogate in favore di cittadini non residenti in Sicilia per un importo totale a livello regionale pari ad € 4.000.000,00. Il suddetto aggregato, destinato esclusivamente alle prestazioni di alta complessità in favore di cittadini non residenti, è ripartito in ambito provinciale in proporzione alla produzione di alta complessità erogata nell'anno 2016 dalle Case di cura,

garantendo in ogni caso a livello provinciale un tetto di spesa di euro 20.000,00 come segue:

Azienda	Tetto di spesa per alta specialità da erogare in mobilità attiva 2017-2018
A.S.P. Agrigento	20.000,00
A.S.P. Caltanissetta	20.000,00
A.S.P. Catania	952.000,00
A.S.P. Messina	2.424.000,00
A.S.P. Palermo	376.000,00
A.S.P. Ragusa	20.000,00
A.S.P. Siracusa	159.000,00
A.S.P. Trapani	29.000,00
<i>Totale</i>	<i>4.000.000,00</i>

La singola struttura potrà accedere all'aggregato "per incremento mobilità attiva alta complessità", di cui alla precedente tabella, esclusivamente nel caso in cui le prestazioni di alta complessità dalla stessa erogate a favore di cittadini non residenti nel biennio 2017-2018 siano incrementate rispetto all'anno 2016. Pertanto, le strutture che nel biennio 2017-2018 non registreranno il suddetto incremento delle prestazioni di alta complessità a favore di cittadini non residenti non potranno far valere alcun diritto sul budget aggiuntivo di cui sopra. L'aggregato "per incremento mobilità attiva alta complessità" remunera esclusivamente la quota parte incrementale, rispetto all'anno 2016, di prestazioni di alta complessità a favore di cittadini non residenti erogate dalla struttura, pertanto, le prestazioni di alta complessità erogate a favore di cittadini non residenti dovranno essere ricomprese nell'ambito del budget "non residenti" (mobilità attiva) di cui alla tabella dell'articolo 2 del presente decreto, fino a concorrenza del valore delle prestazioni di alta complessità a favore di cittadini non residenti erogate dalle Case di cura nell'anno 2016.

L'aggregato aggiuntivo di cui alla tabella del presente articolo viene fissato per il biennio 2017-2018, pertanto, tale aggregato non potrà far sorgere in capo ai singoli soggetti erogatori alcun diritto acquisito o legittimo affidamento a vedersi riconosciuto lo stesso anche negli anni successivi. Il budget assegnato per le prestazioni ospedaliere a favore ai cittadini residenti non potrà essere utilizzato per le prestazioni ai non residenti e viceversa. Al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, comma 574, lett. b), della legge n. 208/2015, sono adottate le seguenti misure finalizzate, ai sensi dell'art. 15, comma 14, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 e successive modifiche ed integrazioni, a garantire l'invarianza dell'effetto finanziario complessivo del sistema, come di seguito rappresentato, oltre a misure alternative di risparmio di spesa per l'acquisizione di beni e servizi a seguito di procedure di gara centralizzate o aggregate:

1. la soglia massima di prestazioni di bassa complessità e/o potenzialmente inappropriate erogate in mobilità attiva deve ridursi, rispetto alla produzione per pazienti fuori regione dell'anno 2016, per ciascuna struttura, del 10% per cento per l'anno 2017, del 15% per l'anno 2018 e

di un ulteriore 20% per l'anno 2019, ad eccezione dei ricoveri in urgenza;

2. deve effettuarsi la verifica dell'appropriatezza attraverso il controllo analitico delle cartelle cliniche da parte dei N.O.C. delle A.S.P. sulla totalità delle cartelle dei pazienti residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza con applicazione dei relativi abbattimenti;

3. il valore che potrà riconoscersi alle Case di cura per eventuali prestazioni erogate in eccedenza ai residenti fuori regione, oltre il tetto di € 7.000.000,00 e, comunque, entro il limite di € 4.000.000,00, per remunerare esclusivamente prestazioni di alta complessità, così come definita dalla legge n. 208/2015, saranno eventualmente riconosciute alle Case di cura, in proporzione alla produzione incrementale effettuata, solo nei tempi ed agli esiti delle procedure di compensazione fra le Regioni interessate alla mobilità attiva/passiva.

La Regione si riserva di valutare la possibilità, a consuntivo dell'anno di riferimento, ove dovessero residuare economie nell'ambito degli aggregati provinciali in cui è stato ripartito l'aggregato regionale di € 4.000.000,00 (di cui alla tabella del presente articolo), di assegnare tali economie alle Aziende sanitarie provinciali nei cui ambiti le prestazioni di alta complessità erogate dalle Case di cura risultino in esubero rispetto al limite di spesa provinciale individuato dal presente decreto, fatto salvo il principio dell'invarianza finanziaria prevista dall'articolo 1, comma 574, della legge n. 208/2015.

#### Art. 10

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

#### Art. 11

Ai fini della contrattualizzazione e della liquidazione delle prestazioni alle Case di cura, le Aziende sanitarie provinciali procederanno alla preventiva verifica dei requisiti e a tutti gli adempimenti richiesti dalla normativa vigente. In particolare, dovranno vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate e accreditate.

#### Art. 12

Le Aziende sanitarie provinciali, ai fini della stipula dei contratti con le Case di cura relativi per gli anni 2017 e 2018 utilizzeranno lo schema di contratto di cui all'allegato "A" al presente decreto.

Le strutture sanitarie private accreditate che per qualunque motivo non intendano sottoscrivere il contratto di cui all'allegato "A", ne conseguono, nel rispetto delle previsioni di cui all'articolo 7 e ss. della legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modifiche ed integrazioni, la cessazione della remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario regionale e la sospensione dell'accREDITAMENTO istituzionale, ai sensi dell'art. 8 *quinquies*, comma 2 *quinquies* del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni.

Le Aziende sanitarie provinciali accantoneranno a valere sul corrispondente aggregato le somme relative al budget da attribuire alla struttura ricorrente, fino alla definizione dell'eventuale contenzioso.

#### Art. 13

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

#### Art. 14

È fatto obbligo ai direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali di operare un costante e sistematico monitoraggio e controllo sull'andamento dell'attività erogata dalle Case di cura e del rispetto delle condizioni previste dal contratto sottoscritto sulla base dello schema di cui all'allegato A al presente provvedimento, in esito alle procedure negoziali con le singole strutture erogatrici.

#### Art. 15

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

#### Art. 16

Le disposizioni e gli aggregati di spesa contenuti nel presente decreto afferenti all'anno 2018 potranno subire variazioni per effetto di eventuali modifiche dei fabbisogni assistenziali per l'anno in argomento anche in relazione alla rimodulazione della rete ospedaliera *in itinere*.

#### Art. 17

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

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

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

Palermo, 5 ottobre 2017.

GUCCIARDI

#### Allegato A

Contratto tra l'A.S.P. di ..... e la Casa di Cura .....  
L'anno ..... il giorno ..... del mese di .....  
in ..... presso i locali dell'Azienda sanitaria provinciale di ..... con sede in .....

Sono presenti

L'Azienda sanitaria provinciale di .....  
partita IVA: ..... codice fiscale (se diverso dalla partita IVA) .....

Rappresentata dal direttore generale dr. ....  
nato a ..... il ..... munito dei necessari poteri come da decreto di nomina n. .... del ..... e domiciliato, ai fini del presente atto, presso la sede dell'Azienda medesima

e

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

a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentante legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione allegata al presente atto:

- certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio di amministrazione e i poteri di rappresentanza - oppure - copia autentica dello statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;

- fotocopia della carta di identità e del codice fiscale;

b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni - oppure - si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di .....

c) di essere in regola con la normativa in materia di antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute e di sicurezza sul lavoro;

d) di rispettare gli obblighi normativi vigenti a carico dei datori di lavoro;

Per

Regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera, in conformità al decreto dell'Assessore della salute della Regione siciliana n. .... del ..... con il quale ha fissato i limiti massimi di spesa per le prestazioni sanitarie di ricovero per l'ospedalità privata erogabili dalle Case di cura per l'anno ..... ed ha emanato anche il relativo schema contrattuale, cui si uniforma il presente contratto

Premesso

- che lo strumento indispensabile per garantire l'equilibrio finanziario del sistema sanitario regionale, secondo anche le peculiari esigenze derivanti dalla Programmazione regionale e degli atti connessi e/o consequenziali, è dato dalla metodologia della fissazione dei tetti di spesa - e cioè di aggregati di risorse del Fondo sanitario regionale da destinare ai singoli comparti;

- che la Giunta regionale con delibera n. 218 del 27 giugno 2013 ha apprezzato il Programma operativo di consolidamento e sviluppo 2013/2015 delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Servizio sanitario regionale, in prosecuzione del Programma operativo 2010/2012, proposto ai sensi dell'art. 11 del D.L. 31 maggio 2010, n. 78 convertito in legge 30 luglio 2010, n. 122, adottato con D.A. n. 476 del 26 marzo 2014 e successive modifiche ed integrazioni e della sua prosecuzione con il "Programma operativo di consolidamento e sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema sanitario regionale 2016-2018" approvato con D.A. n. 1351 del 7 luglio 2017;

- che la disciplina recata nel presente contratto per ..... assorbe in sé e sostituisce quella relativa al periodo dal ..... alla data di sottoscrizione del presente contratto;

- che l'Azienda con nota di convocazione prot. n. .... del ..... ha dato avvio al procedimento di negoziazione del budget individuale per .....

Le parti come sopra individuate,

Visti

- l'art. 8quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;

- l'art. 28 ed, in particolare, il comma 6 della legge regionale 26 marzo 2002, n. 2, il quale dispone che i direttori generali delle Aziende unità sanitarie locali, oggi A.A.SS.PP., negoziano preventivamente con gli erogatori sanitari privati l'ammontare delle prestazioni erogabili per conto del Servizio sanitario regionale nei limiti dei budget predeterminati dalla Regione, tenendo conto della qualità delle prestazioni erogate, della programmazione regionale, del fabbisogno di assistenza individuato dalla Regione e dei propri vincoli finanziari di bilancio;

- il D.A. n. 953 del 2 aprile 2010 e successive modifiche ed integrazioni che ha classificato le strutture sanitarie pubbliche e private del S.S.R. in tre diverse fasce (A, B, C);

- il D.A. n. 1220 del 30 giugno 2011 e successive modifiche ed integrazioni, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana, parte I n. 35 del 19 agosto 2011, con il quale è stato approvato

il "Piano regionale per il governo dei tempi di attesa per il triennio 2011-2013";

- il contenuto del comma 13, lett. g), ed il comma 14 dell'articolo 15 del decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012 convertito con modifiche nella legge 7 agosto 2012, n. 135;

- il D.A. n. 496 del 13 marzo 2013 e successive modifiche ed integrazioni concernenti i controlli analitici delle cartelle cliniche (PACA);

- il D.A. n. 923 del 14 maggio 2013, con il quale è stato adottato a far data dall'1 giugno 2013 il nuovo tariffario per le prestazioni di ricovero;

- il D.A. n. 954 del 17 maggio 2013 e successive modifiche ed integrazioni, con il quale sono state determinate le tariffe per l'erogazione in day service e fissati i criteri di abbattimento delle prestazioni ad alto rischio di inappropriata;

- il D.A. n. ..../2017 con il quale vengono determinati gli aggregati di spesa per il biennio 2017-2018 per l'assistenza ospedaliera da privato;

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 per l'attività ordinaria di ricovero alla Casa di cura ..... per le prestazioni da erogare ai pazienti residenti nel territorio regionale siciliano, è determinato per ....., in € ..... comprensivo delle quote già assegnate alla data di sottoscrizione del presente contratto distinto:

a) per acuti € .....

b) per riabilitazione € .....

c) per lungodegenza € .....

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

2. L'ammontare del budget ..... destinato agli interventi di trapianti di organo e tessuti attribuibile alla Casa di cura ..... per le prestazioni da erogare ai pazienti residenti nel territorio regionale siciliano, è determinato per ....., in € .....

a) per trapianti (midollo osseo) € .....

b) per trapianti (cornea) € .....

3. La Casa di cura non potrà erogare nel ..... un volume di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e/o allo stesso assimilato che comporti un onere economico a carico dell'A.S.P. maggiore del limite di spesa fissato al comma precedente, fermo restando che la Casa di cura è soggetta all'osservanza della normativa nazionale e regionale in materia di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

4. La Casa di cura si impegna a migliorare il livello di appropriatezza dei ricoveri, in particolare riducendo i ricoveri inappropriati afferenti ai seguenti DRG's:

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

e ad erogare le seguenti prestazioni rispondenti ai criteri di appropriatezza e all'effettivo fabbisogno dell'Azienda:

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

5. Le eventuali economie che si realizzino nell'ambito dell'aggregato di spesa provinciale per l'attività ordinaria di ricovero, di cui al precedente punto 1, in ciascun aggregato per tipologia, devono essere redistribuite prioritariamente all'interno dello stesso, a condizione che i direttori generali delle A.S.P. attraverso motivate ed accertate esigenze, provvedano a rinegoziare, entro e non oltre il 30 novembre ....., i budget delle strutture, senza che questo influenzi o determini automatismi nella determinazione del budget per l'anno successivo.

6. È attribuito, per....., per le prestazioni da erogare ai pazienti in mobilità attiva-extra-regione (ai sensi dell'articolo 2 del D.A. n. .... del .....), un budget di € .....

determinato in proporzione all'attività sanitaria prodotta nell'anno 2016 dalla Casa di cura ..... Per il riconoscimento delle prestazioni erogate in mobilità attiva, si riconoscerà la corrispondente tariffa regionale vigente nella misura del 100%, in conformità alle osservazioni avanzate in più occasioni dal Ministero della salute in merito all'applicazione dell'articolo 25 della legge regionale n. 5/2009, comma 1, lett. f) e successive modifiche ed integrazioni.

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

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

7. Al fine di programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, così come definita dall'art. 1, comma 574, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, da erogare in favore di cittadini non residenti in Sicilia, è previsto un aggregato provinciale di € ..... denominato "incremento mobilità attiva alta complessità" (vedi articolo 9 del D.A. n. .... del .....). La struttura potrà accedere all'aggregato per "incremento mobilità attiva alta complessità", esclusivamente nel caso in cui le prestazioni di alta complessità dalla stessa erogate nel biennio 2017-2018, in favore di cittadini non residenti, siano erogate in misura maggiore rispetto all'anno 2016, e come disciplinato dall'articolo 9 del D.A. n. .... del ..... al quale si rinvia.

#### Art. 3

1. La Casa di cura ..... si impegna a trasmettere all'Azienda sanitaria provinciale la fatturazione ed i correlati flussi (compreso il nuovo flusso SDO in formato xml di cui ai decreti n. 456/2017 e n. 1022/2017), entro il decimo giorno successivo al mese di riferimento, garantendo l'allineamento del fatturato alle prestazioni effettivamente riconosciute ed economicamente liquidabili. Il rispetto della tempistica di invio dei dati e il loro allineamento sono condizione vincolante per la liquidazione delle prestazioni. Il mancato rispetto della tempistica di invio dei dati, comporterà la sospensione del pagamento delle prestazioni, rinviando a successive verifiche eventuali conguagli.

#### Art. 4

1. La remunerazione delle prestazioni alla Casa di cura ..... avverrà sulla base del tariffario regionale vigente, e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare, se non espressamente previsti da provvedimenti regionali, aumento del limite di spesa di cui all'art. 2 del presente contratto.

2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nei ..... dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti.

3. La Casa di cura ..... si impegna ad erogare le prestazioni, per le singole mensilità, mediamente in proporzione ai budget assegnati, in modo tale da garantire per il periodo di riferimento e quindi per l'intero anno l'assistenza sanitaria di propria competenza.

4. Le prestazioni eccedenti i limiti fissati per ..... non potranno in alcun caso essere remunerate e ove fatturate, dovranno essere stornate con apposite note di credito di pari importo, fatto salvo quanto previsto al precedente comma 1.

#### Art. 5

1. A fronte delle prestazioni erogate, riconosciute e fatturate, l'A.S.P. corrisponderà alla struttura privata ..... mensilmente un importo non superiore ad 1/12 del budget assegnato nel ..... detratta, sempre nella misura di 1/12, la quota corrispondente alle prestazioni inappropriate eventualmente non riconosciute nell'anno precedente rispetto al budget ..... 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'A.S.P. dei flussi delle prestazioni e delle relative fatture, nel rispetto degli obblighi normativi vigenti ai fini della liquidazione.

2. Per l'anno 2017, i conguagli e i pagamenti dei relativi saldi, ove dovuti, saranno effettuati come segue: entro e non oltre il 15 novembre per le prestazioni del 1°, 2° e 3° trimestre, entro il 15 marzo dell'anno successivo per le prestazioni del 4° trimestre e, ove necessario, dell'intero anno.

3. Per l'anno 2018, i conguagli e i pagamenti dei relativi saldi, ove dovuti, saranno effettuati in quattro tranches come segue: entro il 15 giugno per le fatture del 1° trimestre; entro il 15 settembre per le fatture del 2° trimestre, entro il 15 dicembre per le fatture relative al 3° trimestre, entro il 15 marzo dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre e, ove necessario, dell'intero anno.

4. Ai fini della regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento del saldo annuale è subordinata al ricevimento da parte dell'A.S.P. delle eventuali note di credito di rettifica richieste per effetto dei risultati dei controlli di regolarità delle prestazioni. In mancanza l'A.S.P. provvederà a norma di legge ad emettere i relativi documenti fiscali di rettifica annuale, con l'obbligo di inviare il documento auto-emesso al soggetto contraente e all'Agenzia delle entrate.

#### Art. 6

Le eventuali cessioni di credito a terzi, in forza del presente contratto, possono essere effettuate, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, soltanto in favore degli Enti pubblici previdenziali assistenziali ed assicurativi, decorso 40 giorni dalla data di ricezione della fattura. Negli altri casi le cessioni di credito a terzi dovranno essere preventivamente autorizzate dall'A.S.P.

#### Art. 7

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

a) denunciare all'Autorità giudiziaria e/o agli Organi di polizia ogni illecita richiesta di danaro, prestazione od altra utilità formulata anche prima della stipula del contratto o nel corso dell'esecuzione del contratto stesso, anche a propri agenti, rappresentanti o dipendenti e, comunque, ogni illecita interferenza specificamente nella fase di adempimento del contratto, o eventuale sottoposizione ad attività estorsiva o a tasso usuraio da parte di organizzazioni o soggetti criminali;

b) rispettare puntualmente la normativa in materia di contratti di lavoro, di sicurezza nei luoghi di lavoro ed in materia previdenziale;

c) rispettare integralmente le direttive assessoriali in materia di stipula dei contratti e precisamente prot. n. 1495 dell'11 febbraio 2009, prot. n. 2255 del 22 marzo 2010, prot. n. 3477 del 29 aprile 2010, prot. n.33084 del 28 settembre 2010 e prot. n. 38258 del 15 ottobre 2010;

d) porre in essere, con adeguata diligenza e tempestività, ogni attenta valutazione sulla possibilità dell'adozione di provvedimenti disciplinari e cautelari previsti dalla vigente contrattazione collettiva di riferimento, qualora un dipendente della struttura privata abbia riportato una condanna non definitiva per uno dei reati di cui all'articolo 15, comma 1, lett. a), della legge 19 marzo 1990, n. 55. A tal fine la struttura sanitaria privata, avuta comunicazione certa della motivazione della sentenza, anche a seguito di comunicazione circostanziata da parte dell'Azienda sanitaria provinciale territorialmente competente, avvia le valutazioni entro una settimana comunicando comunque l'esito all'A.S.P. entro e non oltre trenta giorni.

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

#### Art. 8

L'Azienda sanitaria provinciale opererà un sistematico monitoraggio sull'andamento dell'attività erogata dalla Casa di cura e sulla relativa spesa, oltre che sul rispetto delle condizioni previste dal presente contratto.

#### Art. 9

Con la sottoscrizione del presente contratto la Casa di cura ..... accetta espressamente completamente e incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa 2017-2018, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto tali atti determinano il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione dei suddetti provvedimenti, con la sottoscrizione del presente contratto, la suddetta Casa di cura rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili avverso gli stessi.

#### Art. 10

Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto e/o di ogni altro rapporto della struttura sanitaria privata ..... con il Servizio sanitario regionale è di competenza esclusiva del Giudice

ordinario/amministrativo che ha la giurisdizione sul territorio in cui ha sede l'Azienda sanitaria provinciale di ..... con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti contraenti.

Art. 11

Le disposizioni e gli aggregati di spesa contenuti nel presente contratto afferenti all'anno 2018 potranno subire variazioni per effetto di eventuali modifiche dei fabbisogni assistenziali per l'anno in argomento anche in relazione alla rimodulazione della rete ospedaliera in itinere.

Art. 12

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

Le spese di bollo, ove dovute, sono a cura e carico .....  
Letto, confermato e sottoscritto

La Casa di cura/Legale rappresentante della struttura .....

Il direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di .....

Ai sensi dell'art. 1341, comma 2, del codice civile le clausole di cui agli articoli 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 sono specificamente approvati dalle parti.

La Casa di cura/Legale rappresentante della struttura .....

Il direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di .....

(2018.4.249)102