

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 di riordino del sistema sanitario siciliano ed, in particolare, l'art. 25 "Erogazione di attività da parte di strutture private";

Visto il Piano sanitario regionale 2011/13, approvato con D.P.R. n. 282 del 18 luglio 2011, previo parere della VI Commissione legislativa che, nel richiamare i contenuti del Programma operativo regionale, mira a perseguire il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;

Ritenuto obiettivo prioritario della Regione siciliana il raggiungimento dei livelli di appropriatezza e di qualità di assistenza secondo quanto previsto dal Piano sanitario regionale 2011-2013;

Visto il 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 il decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 ed, in particolare, il comma 14 dell'art. 15, che prevede: "A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli 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 percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014...omissis";

Visto il D.A. n. 924/2013 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 specialistica ambulatoriale;

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

Visto il D.A. n. 1005/2013 del 23 maggio 2013, con il quale è stata adottata, a far data dall'1 giugno 2013, la tariffa per l'intervento di cataratta in regime ambulatoriale, come modificato dal D.A. n. 2146 del 14 novembre 2013;

Visto il D.A. n. 2428 del 17 dicembre 2013, con il quale sono state disposte le indicazioni relative alla erogazione delle prestazioni di radioterapia, di medicina nucleare, TAC e RMN;

Vista la delibera n. 218, con la quale la Giunta regionale nella seduta del 27 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, adottato con D.A. n. 476 del 26 marzo 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 comma 4 dell'articolo 7 del decreto-legge 31 dicembre 2014, n. 192, "Proroga di termini previsti da

DECRETO 24 dicembre 2015.

**Determinazione degli aggregati di spesa per l'assistenza specialistica da privato - anno 2015.**

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Visti gli articoli 8 *quinquies* e *sexies* del D.lgs n. 502/92 e s.m.i. di riordino della disciplina in materia sanitaria, emanato a norma dell'art. 2 della legge delega n. 421/92;

disposizioni legislative", con il quale le tariffe massime 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 specialistica ambulatoriale restano in vigore fino al 31 dicembre 2015;

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 da assegnare attraverso la determinazione degli aggregati provinciali nonché a stabilire i criteri per la contrattazione, da parte dei direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali, dei *budget* da assegnare alle singole strutture e/o ai singoli specialisti accreditati;

Visto il D.A. n. 1535 del 26 settembre 2014, con il quale sono stati determinati gli aggregati provinciali e regionali per branca per la specialistica ambulatoriale da privato per l'anno 2014;

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 nn. 1699/12 e 2625/12, non risulta conforme al diritto comunitario che, in applicazione dell'art. 25 legge regionale n. 5/2009, "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 gennaio 2015 - 203 e 204 del 22 gennaio 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*;

Considerato che in forza di tali sentenze è divenuto prioritario per la Regione, nelle more del confronto con le organizzazioni di categoria, adeguarsi all'orientamento giurisprudenziale sopra riferito e procedere, nei limiti finanziari non valicabili degli aggregati, alla tempestiva fissazione dei "tetti di spesa provinciali" sulla cui base le ASP sono tenute a procedere all'assegnazione del *budget* alle strutture accreditate e mai contrattualizzate al fine della conclusione del contratto per l'anno 2015;

Visto il D.A. n. 922 del 27 maggio 2015 emanato nel rispetto dei consolidati orientamenti giurisprudenziali ed in esecuzione delle predette sentenze;

Vista la nota di questa amministrazione n. 52293 del 24 giugno 2015, con la quale sono stati forniti chiarimenti e direttive in ordine all'applicazione del suddetto D.A. n. 922/2015;

Visto il decreto legge 19 giugno 2015, n. 78 convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, ed, in particolare, il comma 7 dell'articolo 9 *quater*, che recita: "Le regioni o gli enti del Servizio sanitario nazionale ridefiniscono i tetti di spesa annui degli erogatori privati

accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale interessati dall'introduzione delle condizioni e indicazioni di cui al presente articolo e stipulano o rinnegoziano i relativi contratti. Per l'anno 2015 le regioni o gli enti del Servizio sanitario nazionale rideterminano il valore degli stessi contratti in modo da ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua da privato accreditato, di almeno l'1 per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014."

Considerato, conseguentemente, che la determinazione dell'aggregato di spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale per l'anno 2015, non può prescindere dall'applicazione della superiore misura legislativa nazionale che concorre, unitamente alle altre manovre per il settore sanitario previste dal decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78 convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2015, n. 125 (art. 9 *bis* e seguenti), a compensare la riduzione delle risorse di Fondo sanitario nazionale destinate per l'anno 2015 al fabbisogno sanitario, di cui all'articolo 9 *septies* del medesimo decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78;

Vista la nota prot. n. 79998 del 20 ottobre 2015, con la quale, attesa l'inderogabilità della suddetta normativa e nelle more dell'adozione del decreto assessoriale di determinazione per l'anno 2015 degli aggregati di spesa provinciali per la specialistica convenzionata conforme al D.L. n. 78/2015, è stato richiesto alle Aziende sanitarie provinciali, nell'ambito della propria autonomia gestionale, di assicurare azioni finalizzate a che il relativo costo dell'aggregato provinciale di competenza dell'anno 2015 sia contenuto nell'ambito del valore rilevato a CE nell'anno 2014 ridotto dell'1%;

Considerato, che la Regione con l'emanazione del D.A. n. 922/2015 ha previsto di destinare, con le modalità previste nel medesimo provvedimento, la somma di euro 5 milioni per l'ingresso nel SSR di soggetti accreditati e mai contrattualizzati, secondo i fabbisogni espressi dai vertici aziendali;

Considerato che ai soggetti accreditati e mai contrattualizzati non può trovare applicazione la misura prevista dall'articolo 9 *quater*, in quanto non presenti nel SSR nell'anno 2014;

Considerato che con note del 7 ottobre 2015, indirizzate ad ogni singolo direttore generale di Azienda sanitaria provinciale, l'Assessorato della salute ha richiesto di certificare la spesa consuntivata nell'anno 2014 sul rispettivo aggregato di spesa per la specialistica ambulatoriale e di confermare i relativi fabbisogni dei rispettivi territori già espressi a suo tempo ed assunti da questa Amministrazione per l'emanazione del D.A. n. 922/2015, nonché di segnalare eventuali nuove contrattualizzazioni già sottoscritte prima dell'entrata in vigore del suddetto D.A. n. 922/2015 o da sottoscrivere a seguito di sentenze immediatamente esecutive;

Preso atto delle risultanze relative ai fabbisogni aggiornati e rappresentati dai direttori generali delle ASP, assunte agli atti di questa Amministrazione, determinati sulla base delle richieste di prestazioni necessarie a soddisfare la relativa domanda da parte dell'utenza nel rispettivo territorio provinciale, nonché delle nuove contrattualizzazioni sottoscritte o da sottoscrivere a seguito di sentenze immediatamente esecutive;

Ritenuto di mantenere, per gli effetti del presente decreto, quale criterio che garantisca parità di trattamento all'ingresso dei nuovi soggetti da contrattualizzare, l'impostazione metodologica già prevista nel D.A. n. 922/2015, orientata a definire il *budget* pari alla misura di euro

32.000,00, determinato dalla media dei *budget* minimi di branca a livello regionale rilevati nell'anno 2013;

Considerato che dalle comunicazioni pervenute dalle Aziende sanitarie provinciali, in riscontro alle note aventi

data 7 ottobre 2015, si rileva che il dato aggiornato dei soggetti accreditati da contrattualizzate risultano nel loro complesso n. 91, come rappresentato dalla tabella che segue, distinti per provincia e per branca:

codice disciplina	DISCIPLINE	AG	CL	CT	EN	ME	PA	RG	SR	TP	tot. per disciplina
1	Allergologia						1				1
2	Cardiologia	2	1				3				6
4	Chirurgia plastica						1				1
5	Ch.Vascolare/Angiologia	1									1
7	Medicina nucleare						1				1
8	Radiologia	1	2			2	3		2		10
10	Gastroenterologia						1	1			2
11	Medicina di laboratorio		1				2	2	4	1	10
12	FKT			1				2		1	4
15	Neurologia	1					1				2
16	Oculistica	3	1		1						5
17	Odontoiatria		5	2		8	17	3		10	45
20	Ostetricia e Ginecologia		1								1
21	Otorinolaringoiatra						1				1
30	Reumatologia		1								1
	<b>TOTALE</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>31</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>91</b>

Considerato che l'ammontare della spesa consuntivata rilevata dal costo esposto al CE consolidato degli enti del SSR alla data del 31 dicembre 2014, quale parametro di riferimento per la determinazione degli aggregati provinciali per l'anno 2015 ai sensi dell'art. 9 *quater* del D.L. n. 78/2015, risente della minore spesa relativa a quelle strutture che, a causa di eventi straordinari documentati, non hanno espresso, nell'anno 2014, la loro piena capacità produttiva, che, in caso contrario, sarebbe stata riconosciuta seppur nei limiti massimi del *budget* che eventualmente sarebbe stato loro assegnato;

Ritenuto, rispetto alla suddetta fattispecie, in considerazione della possibile piena ripresa dell'attività a regime nell'anno in corso delle suddette strutture, al fine di non alterare il livello di assistenza per l'anno 2015, di riequilibrare gli aggregati provinciali in cui sono state evidenziate da parte dei direttori generali tali situazioni, mediante la proiezione annua della produzione erogata e liquidata entro il *budget* assegnato nell'anno 2014, a ciascuna delle strutture interessate, ai fini della determinazione della spesa consuntivata nell'anno 2014, cui applicare la misura prevista dall'art. 9 *quater* del D.L. n. 78/2015;

Ritenuto che spetta, conseguentemente, ai direttori generali, nell'ambito della successiva attività contrattuale per la determinazione del *budget* per l'anno 2015 con le modalità previste dall'art. 9 *quater* del D.L. n. 78/2015, valutare comunque la potenzialità erogativa della singola struttura anche in funzione del fabbisogno assistenziale rilevato nel proprio territorio nell'anno 2015;

Considerati i valori delle fonti di finanziamento del fondo sanitario regionale per l'anno 2015, indistinto, nonché la stima delle risorse da destinare alle c.d. quote vincolate, comunicati a questa Amministrazione, nelle more

della formalizzazione del riparto del Fondo sanitario nazionale 2015, con mail del 16 e del 22 dicembre 2015, dal Coordinamento tecnico della Commissione salute Emilia Romagna che consente di fornire una stima più attendibile delle risorse di Fondo sanitario disponibili per il fabbisogno sanitario regionale;

Sentite, ai sensi dell'articolo 25 della legge regionale n. 5/2009, le associazioni di categoria maggiormente rappresentative, nell'incontro convocato in data 22 dicembre 2015;

Ritenuto, conseguentemente, necessario ai sensi dell'articolo 25 della legge regionale n. 5/2009, definire l'aggregato di spesa regionale per l'assistenza specialistica ambulatoriale per l'anno 2015 e i relativi tetti di spesa provinciali nonché i criteri per l'assegnazione dei *budget* alle singole strutture;

Preso atto del valore della spesa consuntivata per l'anno 2014 rilevato dal CE consolidato regionale per il medesimo anno pari a euro 420.744.000,00, al netto del ticket e della quota fissa per ricetta e comprensiva delle prestazioni erogate per attività extraregionale e del costo per le strutture a diretta gestione regionale che ammonta ad euro 12.716.000,00;

Considerato che, ai sensi dell'art. 9 *quater* del D.L. n. 78/2015, il limite di spesa per l'assistenza specialistica convenzionata per l'anno 2015, erogata dalle strutture private accreditate e già contrattualizzate, è pari ad euro 416.536.560,00 risultante dalla spesa consuntivata nell'anno 2014 (euro 420.744.000,00), abbattuta dell'1%;

Considerato che, per le ragioni sopra esposte, il limite di spesa previsto dall'art. 9 *quater* del D.L. n. 78/2015 (euro 416.536.560,00), incrementato della valorizzazione delle prestazioni riconducibili alle strutture che a causa di even-

ti straordinari documentati non hanno espresso, nell'anno 2014, la loro piena capacità produttiva, ma che risultano a pieno regime nell'anno 2015, si attesta ad euro 419.247.041,00, compresi gli adeguamenti dei budget dei soggetti contrattualizzati che si pongono al di sotto della media del budget minimo d'ingresso fino alla concorrenza di euro 32.000,00, da assegnare previa valutazione da parte dei direttori generali sulla effettiva capacità erogativa di ciascuna struttura rilevata nell'anno 2014, come previsto dal D.A. n. 922/2015;

Ritenuto di dover, inoltre, considerare ad incremento del limite di spesa previsto dall'art. 9 *quater* del D.L. n. 78/2015, come sopra rideterminato in euro 419.247.041,00, la somma di euro 3.625.140,00, quale ammontare complessivo dei budget d'ingresso per le nuove strutture contrattualizzate o da contrattualizzare nell'anno 2015, come riaggornate a seguito di formale comunicazione dei direttori generali delle AA.SS.PP., nonché dei budget attribuiti ad alcune strutture contrattualizzate antecedentemente all'emanazione del suddetto D.A. n. 922/2015, per effetto di sentenze immediatamente esecutive;

Ritenuto che, per effetto dell'applicazione del comma 7 dell'articolo 9 *quater* del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, e delle rettifiche sopra operate, l'aggregato di spesa per l'assistenza specialistica da privato per l'anno 2015 si attesta in complessivi euro 422.872.000,00 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:

	<b>Aggregato 2015</b>
<i>Prestazioni ambulatoriali</i>	<i>278.466.000,00</i>
<i>Nuovi ingressi</i>	<i>3.625.000,00</i>
<i>Prestazioni di Radioterapia</i>	<i>17.622.000,00</i>
<i>Prestazioni di Nefrologia</i>	<i>110.570.000,00</i>
<i>Ambulatoriale Enti GSA</i>	<i>12.589.000,00</i>
<b>TOTALE</b>	<b>422.872.000,00</b>

Considerato che, per le prestazioni di natura "salvavita" di specialistica ambulatoriale afferenti le branche di "Radioterapia" (branca 24) e "Nefrologia" (branca 13), l'aggregato di spesa complessivo regionale viene prudenzialmente determinato in misura pari ad euro 17.622.000,00 per la radioterapia e ad euro 110.570.000,00 per la nefrologia;

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

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

1) gli eventuali superamenti dei tetti di spesa assegnati per l'anno 2015 saranno remunerati a consuntivo sulla base dell'attività sanitaria effettivamente erogata, fatte salve comunque le disposizioni contenute nel D.A. n. 925

del 14 maggio 2013, e le valutazioni ed i controlli di tipo clinico, epidemiologico e di appropriatezza, che dovranno essere effettuati correntemente durante l'anno solare ed essere completate entro il 31 marzo 2016.

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 disporre che i direttori generali devono destinare le economie di spesa, discendenti dalla minore produzione di attività eventualmente verificatesi nelle branche della specialistica convenzionata da privato, diverse da "Nefrologia" e "Radioterapia", prioritariamente per la remunerazione delle prestazioni eventualmente prodotte in *extra budget* nelle branche della "Nefrologia" e "Radioterapia", e le eventuali ulteriori economie residuali, al riconoscimento, previa verifica dell'effettiva produzione, delle prestazioni erogate in *extra budget* dalle strutture rientranti nella medesima branca nonché, successivamente, al riequilibrio tra le branche della medesima provincia allocando le ulteriori economie eccedenti in categorie di branche per le quali si registra una maggiore domanda; a tal fine le AA.SS.PP. dovranno stipulare con i centri privati operanti sul proprio territorio di competenza appositi accordi integrativi;

Ritenuto di escludere, dalla determinazione del fabbisogno della popolazione siciliana, le prestazioni erogate nella branca di "Nefrologia" in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale) e che, pertanto, le stesse prestazioni, erogate sulla base dei relativi piani terapeutici a cittadini non residenti e dimoranti temporaneamente in Sicilia, non concorrono alla formazione del tetto di cui al comma 1 dell'articolo 3 del D.A. n. 925/2013;

Ravvisata la necessità che le ASP richiedano alle strutture specialistiche separate fatture comprovanti le prestazioni erogate in favore dei cittadini di altre Regioni e che la mancata separata evidenza della contabilizzazione comporterà automaticamente il disconoscimento delle prestazioni;

Atteso che le prestazioni di dialisi rientranti nella branca di "Nefrologia", erogate in favore dei cittadini di altre Regioni cosiddetta "mobilità attiva extra-regionale", saranno valorizzate nella misura del 100% della tariffa regionale vigente, 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 s.m.i.;

Ritenuto necessario, fermo restando l'importo complessivo dell'aggregato regionale, apportare specifici correttivi agli aggregati provinciali per effetto dei trasferimenti di strutture da una provincia ad un'altra o da recesi di strutture di medicina di laboratorio da precedenti aggregazioni, come rappresentati dai direttori generali delle AA.SS.PP.;

Considerato che nella spesa consuntivata dell'anno 2014, così come anche confermata dalle Aziende sanitarie provinciali, rientrano altresì le prestazioni di assistenza specialistica da privato erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale), non si procede alla determinazione, per l'anno 2015, dei tetti di spesa provinciale dedicati, fermo restando che le ASP debbano richiedere alle strutture specialistiche separate fatture

razioni comprovanti le prestazioni erogate in favore dei cittadini di altre Regioni a cui sarà applicata la tariffa regionale vigente nella misura del 100%, in conformità alle osservazioni poste sull'applicazione dell'articolo 25 della legge regionale n. 5/2009, comma 1, lett. f) e s.m.i., da parte del Ministero della salute; la mancata separata evidenza della contabilizzazione comporterà automaticamente il mancato riconoscimento delle prestazioni;

Considerato, poiché coerente con le linee di programmazione sanitaria regionale, che le strutture e/o gli specialisti privati accreditati e già convenzionati concorrono alla realizzazione del Programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni sanitarie, in quanto coadiuvanti nel processo di miglioramento degli indici di appropriatezza clinica ed organizzativa e di contenimento delle liste di attesa di cui al relativo Piano regionale e che, pertanto debbano conseguentemente impegnarsi, nell'ambito degli aggregati di spesa stabiliti a livello provinciale e per branca, a garantire il loro inserimento nel sistema unico di prenotazione sia a livello provinciale che regionale;

Preso atto che le strutture e/o gli specialisti privati, nell'ambito del budget loro assegnato, dovranno garantire, altresì, l'attuazione di quanto indicato nel decreto assessoriale n. 2085/2010 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 27 agosto 2010, n. 38 (regolamento di gestione delle prescrizioni), che disciplina le prescrizioni per livello di priorità clinica, riservando, previo accordo con le Aziende sanitarie provinciali di riferimento, una quota delle proprie prestazioni giornaliere, mediamente quantificabili fino al 50%, in favore dei pazienti inviati dall'ASP con richieste "urgenti" e "brevis" che non possano trovare tempestiva risposta nel sistema pubblico e che tale impegno, utile a rafforzare la *partnership* pubblico-privata, è peraltro coerente con la funzione di "committenza" esercitata dalle ASP nei confronti dei *partner* pubblici e privati, come previsto dalla legge regionale n. 5/2009 (artt. 1, 2 e 7);

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

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

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

Ritenuto di potere confermare, anche per l'anno 2015, 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* com-

pletivo operando meccanismi di riequilibrio, nel limite massimo del 5% e comunque sempre entro i limiti del *budget* complessivo. Tale facoltà, alle stesse condizioni, è riconosciuta anche agli specialisti e/o strutture specialistiche di oculistica con *budget* separato per l'intervento di cataratta effettuato in regime ambulatoriale (cod. 13.71);

Ritenuto di dare mandato ai direttori generali delle ASP di assegnare alle strutture specialistiche, convenzionate o da convenzionare con il SSR, un *budget* per l'anno 2015, nel rispetto della misura dell'aggregato provinciale attribuito con il presente decreto, da determinarsi con le seguenti modalità:

a) previa verifica, per ogni struttura, della "produzione remunerata" rispetto al "*budget*" attribuito nell'anno 2014:

1. se la "produzione remunerata" è minore rispetto al "*budget*" assumere quale dato di riferimento della struttura la "produzione remunerata" a cui applicare la decurtazione dell'1% prevista dal decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125;

2. se la "produzione remunerata" è superiore rispetto al "*budget*", assumere quale dato di riferimento della struttura il "*budget*" a cui applicare la decurtazione dell'1% di cui al suddetto D.L. n. 78/2015;

b) per le strutture con *budget* al di sotto del *budget* minimo regionale, sulla base della capacità erogativa, potrà riconoscersi un *budget* incrementato fino ad euro 32.000,00;

c) per ciascuna nuova struttura da contrattualizzare assegnare un *budget* d'ingresso, per branca, pari a euro 32.000,00, pari al *budget* minimo regionale, fatti salvi i nuovi contratti posti in essere antecedentemente all'entrata in vigore del D.A. n. 922/2015;

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

Decreta:

Art. 1

Per quanto specificato in premessa, i cui contenuti qui s'intendono integralmente richiamati, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 25 della legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, l'aggregato di spesa per l'assistenza specialistica da privato per l'anno 2015 è pari a complessivi euro 422.872.000,00, al netto del ticket e della quota fissa di euro 10,00 per ricetta per i soggetti non esenti da ticket, come di seguito dettagliato:

	Aggregato 2015
Prestazioni ambulatoriali	278.466.000,00
Nuovi ingressi e adeguamenti	3.625.000,00
Prestazioni di Radioterapia	17.622.000,00
Prestazioni di Nefrologia	110.570.000,00
Ambulatoriale Enti GSA	12.589.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>422.872.000,00</b>

Art. 2

Nel rispetto della misura dell'aggregato provinciale attribuito con il presente decreto, i direttori generali delle Aziende

sanitarie provinciali assegnano alle strutture specialistiche convenzionate o da convenzionare con il SSR, un *budget* per l'anno 2015, da determinarsi con le seguenti modalità:

a) previa verifica, per ogni struttura, della "produzione remunerata" rispetto al "*budget*" attribuito nell'anno 2014;

1. se la "produzione remunerata" è minore rispetto al "*budget*" assumere quale dato di riferimento della struttura la "produzione remunerata" a cui applicare la decurtazione dell'1% prevista dal decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125;

2. se la "produzione remunerata" è superiore rispetto al "*budget*", assumere quale dato di riferimento della struttura il "*budget*" a cui applicare la decurtazione dell'1% di cui al suddetto D.L. n. 78/2015;

b) per le strutture con *budget* al di sotto del *budget* minimo regionale, sulla base della capacità erogativa, potrà riconoscersi un *budget* incrementato fino ad euro 32.000,00;

c) per ciascuna nuova struttura da contrattualizzare assegnare un *budget* d'ingresso, per branca, pari a euro 32.000,00, pari al *budget* minimo regionale, fatti salvi i nuovi contratti posti in essere antecedentemente all'entrata in vigore del D.A. n. 922/2015.

#### Art. 3

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

#### Art. 4

Gli aggregati provinciali per ciascuna tipologia di prestazioni sono comprensivi anche del costo dei contributi previdenziali, ove previsti per legge a carico delle Aziende sanitarie provinciali. Per le prestazioni relative alle branche di FKT e radioterapia innovativa, resta fermo quanto stabilito dall'art. 1, comma 796, lett. o) della legge 27 dicembre 2006, n. 296, così come previsto dal D.A. n. 1745 del 29 agosto 2007 e dal D.A. n. 924/2013.

#### Art. 5

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

#### Art. 6

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

1) gli eventuali superamenti dei tetti di spesa assegnati per l'anno 2015 saranno remunerati a consuntivo sulla base dell'attività sanitaria effettivamente erogata, fatte salve comunque le disposizioni contenute nel D.A. n. 925 del 14 maggio 2013 e le valutazioni ed i controlli di tipo clinico, epidemiologico e di appropriatezza, che dovranno essere effettuati correntemente durante l'anno solare ed essere completate entro il 31 marzo 2015;

2) a tal fine le ASP nelle quali si dovesse profilare il superamento della spesa prefissata di cui al punto 1), dovranno stipulare con i centri privati operanti sul pro-

prio 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. 7

In relazione alla maggiore domanda di prestazioni specialistiche, i direttori generali delle AA.SS.PP. sono tenuti a destinare le economie di spesa, discendenti dalla minore produzione di attività eventualmente verificatasi nelle branche della specialistica convenzionata da privato, diverse da "Nefrologia" e "Radioterapia", prioritariamente per la remunerazione delle prestazioni eventualmente prodotte in *extra budget* nelle suddette branche della "Nefrologia" e "Radioterapia".

Le eventuali ulteriori economie residuali, dovranno essere destinate al riconoscimento, previa verifica dell'effettiva produzione, delle prestazioni erogate in *extra budget* dalle strutture rientranti nella medesima branca nonché, successivamente, al riequilibrio tra le branche della medesima provincia, allocando le ulteriori economie eccedenti in categorie di branche per le quali si registra una maggiore domanda. A tal fine le AA.SS.PP. dovranno stipulare con i centri privati operanti sul proprio territorio di competenza appositi accordi integrativi.

#### Art. 8

Le prestazioni erogate nella branca di "Nefrologia" in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale) sono considerate al di fuori del *budget* assegnati 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 D.A. n. 925/2013. Le ASP dovranno chiedere alle strutture specialistiche di produrre separate fatture comprovanti le prestazioni erogate in favore dei cittadini di altre Regioni. La mancata separata evidenza della contabilizzazione comporterà automaticamente il mancato riconoscimento delle prestazioni.

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

#### Art. 9

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 legge regionale n. 5/2009, comma 1, lett. f) e s.m.i. ed in conformità alle osservazioni avanzate dal Ministero della salute.

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

#### Art. 10

Gli aggregati di spesa per l'anno 2015 sono suddivisi per provincia e per branca, come da tabella "A" allegata al presente provvedimento e parte integrante dello stesso. È con-

fermata, anche per il 2015, la possibilità per gli erogatori accreditati e contrattualizzati per più branche, di utilizzare la minore produzione di attività che dovesse eventualmente verificarsi in una delle branche in favore delle altre che compongono il *budget* complessivo, operando meccanismi di riequilibrio, nel limite massimo del 5% e comunque sempre entro i limiti del *budget* complessivo. Tale facoltà è riconosciuta anche agli specialisti e/o strutture specialistiche di oculistica con *budget* separato per l'intervento di cataratta effettuato in regime ambulatoriale (cod. 13.71).

#### Art. 11

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

#### Art. 12

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 *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana 27 agosto 2010, n. 38 (regolamento di gestione delle prescrizioni) che disciplina le prescrizioni per livello di priorità clinica riservando, previo accordo con le Aziende sanitarie provinciali di riferimento, una quota delle proprie prestazioni giornaliere, mediamente quantificabili fino al 50%, in favore dei pazienti inviati dall'ASP con richieste "urgenti" e "brevi" che non possano trovare tempestiva risposta nei servizi pubblici.

#### 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 D.A. 2 luglio 2008, come integrato dalla disciplina di settore di cui alle linee guida approvate con decreto presidenziale 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. n. 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 del-

l'allegato al D.A. 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 decreto 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, ai fini dei contratti relativi all'esercizio 2015, utilizzeranno lo schema di contratto allegato al presente decreto (allegato "B") di cui forma parte integrante.

Contestualmente alla sottoscrizione del contratto, i direttori generali delle ASP avranno cura di consegnare alle strutture una scheda che riporti, tenuto conto della rete dell'offerta pubblica e privata della provincia, le motivazioni tecniche sottostanti alla determinazione del livello qualitativo delle prestazioni richieste alla singola struttura in funzione dei fabbisogni.

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

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

#### Art. 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 30, e non oltre, giorni dalla notifica del presente decreto, nel rispetto degli obiettivi assegnati e inviando all'Assessorato regionale della salute, nei successivi 15 giorni, i contratti sottoscritti con gli stessi erogatori, autenticati ai sensi di legge, in formato elettronico.

## Art. 17

Gli oneri discendenti dal presente decreto trovano copertura nell'ambito delle risorse del fondo sanitario regionale assegnate per quota capitaria alle ASP dalla Regione siciliana per l'anno 2015.

## Art. 18

Le disposizioni contenute nel presente decreto integrano e modificano quanto disposto nel D.A. n. 922 del 27 maggio 2015.

## Art. 19

Il presente decreto sarà notificato alle Aziende sanita-

rie 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 *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per la relativa pubblicazione e, successivamente, al responsabile del procedimento di pubblicazione dei contenuti nel sito istituzionale, a fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione *on line*.

Palermo, 24 dicembre 2015.

GUCCIARDI

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA  
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE



	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 Accentrata Assessorato Salute	Totale
Laboratori di analisi	9.323.000,00	3.639.000,00	21.430.000,00	1.642.000,00	13.750.000,00	22.367.000,00	4.118.000,00	8.050.000,00	8.611.000,00		92.930.000,00
Branche a visita	4.462.000,00	1.065.000,00	11.256.000,00	123.000,00	3.479.000,00	9.928.000,00	1.313.000,00	4.521.000,00	2.240.000,00		38.387.000,00
Odontoiatria	4.872.000,00	696.000,00	1.298.000,00	487.000,00	1.547.000,00	9.066.000,00	306.000,00	1.396.000,00	1.080.000,00		20.748.000,00
Radiologia	4.436.000,00	2.232.000,00	10.485.000,00	1.784.000,00	6.648.000,00	14.894.000,00	2.831.000,00	4.373.000,00	5.223.000,00		52.926.000,00
Medicina Nucleare	1.126.000,00	-	1.272.000,00	-	1.548.000,00	2.694.000,00	385.000,00	510.000,00	398.000,00		7.933.000,00
FKT	7.100.000,00	548.000,00	11.976.000,00	-	5.967.000,00	20.299.000,00	550.000,00	2.570.000,00	9.339.000,00		58.349.000,00
ex Gestione Accentrata	-	-	4.603.000,00	1.940.000,00	-	4.275.000,00	-	-	-		10.818.000,00
Nefrologia	11.095.000,00	3.798.000,00	22.209.000,00	1.460.000,00	11.463.000,00	35.407.000,00	6.700.000,00	10.232.000,00	8.206.000,00		110.570.000,00
Radioterapia	-	-	6.960.000,00	-	-	10.662.000,00	-	-	-		17.622.000,00
Gestione Accentrata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12.589.000,00	12.589.000,00
<b>AGGREGATO 2015</b>	<b>42.434.000,00</b>	<b>11.978.000,00</b>	<b>91.489.000,00</b>	<b>7.436.000,00</b>	<b>41.402.000,00</b>	<b>129.592.000,00</b>	<b>16.203.000,00</b>	<b>31.652.000,00</b>	<b>35.097.000,00</b>	<b>12.589.000,00</b>	<b>422.872.000,00</b>

ATA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.  
VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE