



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

Palermo, 10 OTTOBRE 2014

Il Presidente

Prot. n. 569/2014

Ai Titolari delle case di cura  
LORO SEDI

**Oggetto: aggregati di spesa specialistica accreditata  
esterna anno 2014.**

In riferimento a quanto in oggetto, Vi rimettiamo il d.a.  
1535 del 26 settembre 2014 “ *Determinazione aggregati di  
spesa per l’assistenza specialistica da privato anno 2014*”  
(G.U.R.S. n. 43 del 10.10.2014).

Cordiali saluti

Dott. Barbara Cittadini

ALL / 1

REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA  
ASSESSORATO DELLA SALUTE  
Dipartimento per la Pianificazione Strategica

L'ASSESSORE

**DETERMINAZIONE AGGREGATI DI SPESA  
PER L'ASSISTENZA SPECIALISTICA DA PRIVATO - ANNO 2014**

- Visto** lo Statuto della Regione Siciliana;
- 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;
- Vista** la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 di riordino del sistema sanitario siciliano ed in particolare l'art.25 "Erogazione di attività da parte di strutture private";
- Visto** il Piano Sanitario Regionale 2011/13, approvato con D.P.R. n. 282 del 18 luglio 2011, previo parere della VI Commissione Legislativa che, nel richiamare i contenuti del Programma Operativo regionale, mira a perseguire il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;
- Ritenuto** obiettivo prioritario della Regione Siciliana il raggiungimento dei livelli di appropriatezza e di qualità di assistenza secondo quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale 2011-2013;
- Visto** il DA n. 924/2013 del 14 maggio 2013 con il quale sono state adottate, a far data dal 1° giugno 2013, le tariffe di cui al D.M. 18 ottobre 2012, pubblicato sulla GURI n. 23 del 28.01.2013, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- Visto** il DA n.925/2013 del 14 maggio 2013 con il quale sono state adottate, a far data dal 1° giugno 2013, le tariffe per il trattamento dei pazienti affetti da uremia terminale;
- Visto** il DA n.1005/2013 del 23 maggio 2013 con il quale è stata adottata, a far data dal 1° giugno 2013, la tariffa per l'intervento di cataratta in regime ambulatoriale, come modificato dal DA 2146 del 14.11.2013;
- Visto** il DA n. 2428 del 17.12.2013 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 27.6.2013 ha apprezzato il Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo 2013/2015 delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Servizio Sanitario Regionale, adottato con DA n.476 del 26 marzo 2014;
- Visto** il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, giusta Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 10 luglio 2014 che introduce i principi a garanzia dell'equilibrio economico e finanziario dell'intero sistema sanitario nazionale e gli obiettivi finalizzati al miglioramento della qualità dei servizi e dell'appropriatezza delle prestazioni;
- Preso Atto** che nel corso dell'incontro del 05.08.2014 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, è stata raggiunta l'intesa sulla proposta Ministeriale di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni del Fondo Sanitario Nazionale per l'anno 2014, in corso di ufficializzazione da parte del Ministero della Salute;
- Preso Atto** degli esiti del confronto con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative ai sensi dell'art. 25, comma 4, della l.r. n. 5/2009, per le determinazioni di cui al presente decreto;

*J Ar*

- 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 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 DA n. 1658 del 6 settembre 2013 con il quale, nel rispetto del DL 95/2012 convertito con Legge 135/2012, sono stati determinati gli aggregati provinciali e regionali per branca per la specialistica ambulatoriale da privato per l'anno 2013;
- Visto** il DA n. 1903 del 14 ottobre 2013, pubblicato sulla GURS del 31/10/2013, n.49, con il quale, ad integrazione del DA n. 1658/2013, sono state adottate disposizioni concernenti le prestazioni per il trattamento dei pazienti affetti da uremia terminale rese nel territorio regionale siciliano a soggetti non residenti;
- Visti** i Decreti Assessoriali n. 1629 del 9 agosto 2012 e n. 1006 del 20 giugno 2014;
- 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"*;
- Preso Atto** che a decorrere dall'entrata in vigore della legge 111 del 15 luglio 2011 di conversione del D.L. n. 98/2011, articolo 17 comma 6, è stata introdotta per gli assistiti non esentati la quota fissa di € 10,00 su ogni ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Conseguentemente, si rende necessario adeguare tale voce all'intero anno nella misura prudenziale pari a quella realizzata nell'anno 2013 per € 7.313.000,00;
- 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 alla spesa registrata nell'anno 2013, rispettivamente in € 16.178.000,00 per la Radioterapia ed € 109.902.000,00 per la Nefrologia;
- Preso Atto** che, secondo l'orientamento giurisprudenziale del TAR di Palermo, con le sentenze nn. 874/11 e 875/11, e meglio precisato con le successive decisioni n. 1699/12 e 2625/12, non risulta conforme al diritto comunitario il fatto che, in applicazione dell'art. 25 L.R. 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"*;
- Ritenuto**, pertanto, al fine di assicurare la copertura finanziaria ai nuovi soggetti da contrattualizzare, in esecuzione alle predette sentenze e in coerenza all'orientamento giurisprudenziale ormai consolidato, di dovere disporre un accantonamento pari ad euro 5.000.000,00 attraverso la decurtazione degli aggregati provinciali di tutte le branche della specialistica, con esclusione delle branche di Nefrologia e Radioterapia, in proporzione alla quota di aggregato 2013 non utilizzata per effetto della minore produzione sanitaria registrata in ciascuna provincia. Tale importo sarà ripartito, con successivo provvedimento, alle Aziende Sanitarie Provinciali per destinarlo alla contrattualizzazione di nuove strutture già accreditate in relazione ai fabbisogni sanitari all'uopo individuati;
- Ritenuto**, opportuno, al fine di assicurare le risorse per le prestazioni cosiddette salvavita di *"Nefrologia"* e di *"Radioterapia"* nella stessa misura di quelli risultanti nel consuntivo dell'anno 2013, di operare una decurtazione su tutte le altre branche dell'ulteriore somma di € 1.174.000,00 di cui € 557.000,00 a valere

sugli aggregati da assegnare alle strutture della Gestione Sanitaria Accentrata ed € 617.000,00 a valere sui restanti aggregati;

**Considerato**, per effetto dell'applicazione del D.L. 95/2012, convertito con modifiche nella Legge 7 Agosto 2012 n.135, e tenuto conto di quanto esposto nelle parti che precedono, che l'aggregato di spesa complessivo per l'assistenza specialistica da privato per l'anno 2014 è determinato in € 445.595.000,00, al netto del ticket (come previsto anche per l'anno 2011 quale anno di comparazione di cui al DL. 95/2012) e al lordo della quota fissa di € 10,00 per ricetta per i soggetti non esenti da ticket, secondo le specifiche riportate nella tabella che segue:

	<i>spesa 2011</i>	<i>spesa 2011 - 2%</i>	<i>Aggregato 2014</i>
<i>Prestazioni ambulatoriali</i>	<i>314.242.000,00</i>	<i>307.957.000,00</i>	<i>302.340.000,00</i>
<i>quota accantonata</i>			<i>5.000.000,00</i>
<i>Prestazioni di Radioterapia</i>	<i>13.744.000,00</i>	<i>13.469.000,00</i>	<i>16.178.000,00</i>
<i>Prestazioni di Nefrologia</i>	<i>109.957.000,00</i>	<i>107.758.000,00</i>	<i>109.902.000,00</i>
<i>Mobilità attiva extra regione</i>	<i>2.745.000,00</i>	<i>2.690.000,00</i>	<i>2.690.000,00</i>
<i>Ambulatoriale Enti GSA</i>	<i>17.709.000,00</i>	<i>17.355.000,00</i>	<i>16.798.000,00</i>
<b>TOTALE</b>	<b><i>458.397.000,00</i></b>	<b><i>449.229.000,00</i></b>	<b><i>452.908.000,00</i></b>
<i>quota fissa</i>	<i>- 3.708.000,00</i>	<i>- 3.634.000,00</i>	<i>- 7.313.000,00</i>
<b>TOTALE SPESA</b>	<b><i>454.689.000,00</i></b>	<b><i>445.595.000,00</i></b>	<b><i>445.595.000,00</i></b>

**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. La violazione di detta disposizione sarà assunto 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 2014 saranno remunerati a consuntivo sulla base dell'attività sanitaria effettivamente erogata, fatte salve comunque le disposizioni contenute nel DA 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) le ASP nelle quali si dovesse profilare in corso d'anno 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**, inoltre, di destinare prioritariamente le economie di spesa discendenti dalla minore produzione di attività eventualmente verificatasi nelle branche della specialistica convenzionata da privato per la remunerazione delle prestazioni eventualmente prodotte in extra budget nelle branche della "Nefrologia" e "Radioterapia";

**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), per effetto di quanto disposto dall'articolo 25 della l.r. n.5/2009, comma 1 lett. f), come modificato dal comma 6 dell'art.71 della legge regionale 15 maggio 2013, n.9. 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 DA n.925/2013. Le ASP richiederanno alle strutture specialistiche separate fatture comprovanti le prestazioni erogate in favore dei cittadini di altre Regioni. La mancata separata evidenza della contabilizzazione comporterà automaticamente il disconoscimento delle prestazioni;

**Ritenuto**, inoltre, 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 95% della tariffa regionale vigente, per effetto di quanto disposto dall’articolo 25 della l.r. n.5/2009, comma 1 lett. f) e s.m.i., misura ritenuta adeguata alla tipologia delle prestazioni e al breve periodo in cui le stesse sono erogate;

**Viste** le risultanze emerse dall’analisi dell’attività erogata dalle strutture pubbliche e private della Regione nell’anno 2013, così come dedotta dall’ultimo dato consolidato disponibile della produzione complessiva (flusso C e flusso M) distinta per branca e per provincia, riguardante le seguenti branche specialistiche e/o raggruppamenti di branche:

- medicina nucleare (branca 07),
- radiologia diagnostica (branca 08),
- laboratorio analisi cliniche e microbiologiche (branca 11),
- medicina fisica e riabilitazione (FKT) (branca 12),
- odontoiatria (branca 17)
- branche a visita (branche 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29 e 30);
- Nefrologia (branca 13);
- Radioterapia (branca 24);

**Ritenuto** necessario, in ragione delle istanze con le quali le AA.SS.PP. hanno chiesto specifici correttivi per effetto di trasferimenti di strutture da una provincia ad un’altra o da recessi di strutture di medicina di laboratorio da precedenti aggregazioni, apportare talune marginali modifiche agli aggregati provinciali per alcune tipologie di branche, fermo restando l’importo complessivo dell’aggregato regionale;

**Considerato** che occorre definire i tetti di spesa provinciali dedicati alle prestazioni di assistenza specialistica da privato erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale) per effetto di quanto disposto dall’articolo 25 della l.r. n. 5/2009, comma 1 lett. f), come modificato dal comma 6 dell’art. 71 della legge regionale 15 maggio 2013 n. 9 e che, pertanto, per la mobilità attiva extra regionale, alle singole strutture verrà assegnato un budget specifico determinato in misura proporzionale all’attività sanitaria erogata dalle stesse ai soggetti di altre Regioni nell’anno 2013 e comunque entro il limite massimo dei tetti di spesa provinciali sotto riportati:

<i>Azienda</i>	<i>Importi</i>
<i>ASP di Agrigento</i>	<i>60.000,00</i>
<i>ASP di Caltanissetta</i>	<i>15.000,00</i>
<i>ASP di Catania</i>	<i>650.000,00</i>
<i>ASP di Enna</i>	<i>15.000,00</i>
<i>ASP di Messina</i>	<i>1.660.000,00</i>
<i>ASP di Palermo</i>	<i>120.000,00</i>
<i>ASP di Ragusa</i>	<i>15.000,00</i>
<i>ASP di Siracusa</i>	<i>15.000,00</i>
<i>ASP di Trapani</i>	<i>140.000,00</i>
<b><i>Totale</i></b>	<b><i>2.690.000,00</i></b>

**Ritenuto** necessario, inoltre, nelle more degli accordi di confine che saranno definiti tra la Regione Sicilia e le altre Regioni, che le ASP debbano richiedere alle strutture specialistiche separate fatturazioni comprovanti le prestazioni erogate in favore dei cittadini di altre Regioni, con l’indicazione di valorizzare le stesse nella misura del 100% del valore delle tariffe vigenti nel territorio regionale siciliano a cui sarà applicata una riduzione del 20% nel rispetto della normativa sopra indicata; la mancata separata evidenza della contabilizzazione comporterà automaticamente il mancato riconoscimento delle prestazioni;

**Ritenuto** necessario, altresì, che le eventuali economie che si dovessero realizzare nell’ambito di ciascuna provincia nei tetti di spesa per “extra regione”, debbano essere distribuite in favore di quelle strutture della stessa provincia che hanno registrato una maggiore produzione, in mobilità attiva extra regione, rispetto al budget assegnato;

**Ritenuto** che l'ulteriore produzione extra regione eventualmente prodotta dalle singole strutture non remunerata dalle economie, sarà remunerata solo nei tempi ed agli esiti delle procedure di compensazione fra le Regioni interessate alla mobilità attiva/passiva e che per tale maggiore produzione, le strutture interessate potranno emettere regolare fattura soltanto dopo la comunicazione del riconoscimento delle prestazioni da parte dell'ASP, previa disposizione Assessoriale;

**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 sulla G.U.R.S. 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 "brevi" 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);

**Preso Atto** 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;

**Ritenuto** di potere confermare, anche per l'anno 2014, la possibilità per gli erogatori privati accreditati e contrattualizzati per più branche, di utilizzare la minore produzione di attività che dovesse verificarsi in una delle branche in favore delle altre che compongono il *budget* complessivo operando meccanismi di riequilibrio, nel limite massimo del 5% e comunque sempre entro i limiti del *budget* complessivo. Tale facoltà, alle stesse condizioni, è riconosciuta anche agli specialisti e/o strutture specialistiche di oculistica con *budget* separato per l'intervento di cataratta effettuato in regime ambulatoriale (cod. 13.71);

**Visto** il D.Lgs. n.33 del 14 marzo 2013;

**Visto** l'art. 68 della legge regionale 12/08/2014, n. 21;

## DECRETA

**Art. 1** - Per quanto specificato in premessa, i cui contenuti si intendono integralmente qui riportati, il tetto di spesa per l'assistenza specialistica da privato per l'anno 2014 è determinato in euro **445.595.000,00**, al netto del ticket (come previsto anche per l'anno 2011 quale anno di comparazione di cui al DL. 95/2012) e al lordo della quota fissa di € 10,00 per ricetta per i soggetti non esenti da ticket, secondo le specifiche riportate nella tabella che segue:



	<i>spesa 2011 - 2%</i>	<i>Aggregato 2014</i>
<i>Prestazioni ambulatoriali</i>	<i>307.957.000,00</i>	<i>302.340.000,00</i>
<i>quota accantonata</i>		<i>5.000.000,00</i>
<i>Prestazioni di Radioterapia</i>	<i>13.469.000,00</i>	<i>16.178.000,00</i>
<i>Prestazioni di Nefrologia</i>	<i>107.758.000,00</i>	<i>109.902.000,00</i>
<i>Mobilità attiva extra regione</i>	<i>2.690.000,00</i>	<i>2.690.000,00</i>
<i>Ambulatoriale Enti GSA</i>	<i>17.355.000,00</i>	<i>16.798.000,00</i>
<b>TOTALE</b>	<b><i>449.229.000,00</i></b>	<b><i>452.908.000,00</i></b>
<i>quota fissa</i>	<i>- 3.634.000,00</i>	<i>- 7.313.000,00</i>
<b>TOTALE SPESA</b>	<b><i>445.595.000,00</i></b>	<b><i>445.595.000,00</i></b>

**Art. 2** – I budget da assegnare per l'anno 2014 saranno determinati, previa riduzione dell'1% da operare sui singoli budget assegnati nell'anno 2013, sulla base del rapporto tra l'effettiva produzione realizzata nell'anno 2013 medesimo e l'aggregato provinciale di branca per l'anno 2014 di cui all'allegato "A" del presente decreto, al fine di non penalizzare le strutture specialistiche che hanno dimostrato maggiore capacità erogativa.

**Art. 3** – 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 radio terapia innovativa, resta fermo quanto previsto dall'art. 1 comma 796, lett. o) della legge 27 dicembre 2006, n. 296, così come previsto dal D.A. 1745 del 29.08.2007 e dal D.A. n. 924/2013.

**Art. 4** - 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 assunto come "comportamento di non leale collaborazione".

**Art. 5** – 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 2014 saranno remunerati a consuntivo sulla base dell'attività sanitaria effettivamente erogata, fatte salve comunque le disposizioni contenute nel DA 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 in corso d'anno il superamento della spesa prefissata di cui al punto 1), dovranno stipulare con i centri privati operanti sul proprio territorio di competenza appositi accordi integrativi, quantificando il fabbisogno aggiuntivo, previa verifica delle eventuali disponibilità di prestazioni erogabili presso i centri pubblici dello stesso territorio.

**Art. 6** - Le economie di spesa discendenti dalla minore produzione di attività che dovesse eventualmente verificarsi nelle branche della specialistica convenzionata da privato diverse da "Nefrologia" e "Radioterapia", dovranno essere utilizzate prioritariamente per la remunerazione delle prestazioni eventualmente prodotte in extra budget nelle branche della "Nefrologia" e "Radioterapia".

**Art. 7** - Le prestazioni erogate nella branca di "Nefrologia" in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale), per effetto di quanto disposto dall'articolo 25 della l.r. n.5/2009, comma 1 lett. f), come modificato dal comma 6 dell'art.71 della legge regionale 15 maggio 2013, n.9, 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 DA n.925/2013. Le ASP dovranno chiedere alle strutture specialistiche di produrre separate fatture comprovanti le prestazioni erogate in favore dei cittadini di altre Regioni. La mancata evidenza separata della contabilizzazione comporterà automaticamente il mancato riconoscimento delle prestazioni.

Le prestazioni di dialisi rientranti nella branca di "Nefrologia" saranno valorizzate nella misura del 95% della tariffa vigente nella Regione Siciliana, per effetto di quanto disposto dall'articolo 25 della l.r. n.5/2009, comma 1 lett. f) e s.m.i., misura ritenuta adeguata alla tipologia delle prestazioni e al breve periodo in cui le stesse vengono erogate.

**Art. 8** – Per l'assegnazione della somma accantonata di € 5.000.000,00 da destinare alle nuove strutture già accreditate e non ancora contrattualizzate si provvederà con successivo e separato provvedimento Assessoriale, previa concertazione con i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali in relazione ai fabbisogni sanitari da queste ultime rilevati.

**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, nelle more degli accordi di confine da definire tra le Regioni, 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. Alla valorizzazione di tali prestazioni sarà applicata una riduzione del 20% nel rispetto di quanto disposto dall'articolo 25 della l.r. n.5/2009, comma 1 lett. f), come modificato dal comma 6 dell'art. 71 della legge regionale 15 maggio 2013, n. 9. La mancata separata evidenza della contabilizzazione fiscale comporterà automaticamente il mancato riconoscimento delle prestazioni in argomento.

Per la mobilità attiva extra regionale, alle singole strutture verrà assegnato un budget che sarà determinato in proporzione all'attività sanitaria erogata dalle stesse ai soggetti di altre Regioni nell'anno 2013 e comunque entro il limite massimo dei tetti di spesa provinciali sotto riportati:

<i>Azienda</i>	<i>Importi</i>
<i>ASP di Agrigento</i>	<i>60.000,00</i>
<i>ASP di Caltanissetta</i>	<i>15.000,00</i>
<i>ASP di Catania</i>	<i>650.000,00</i>
<i>ASP di Enna</i>	<i>15.000,00</i>
<i>ASP di Messina</i>	<i>1.660.000,00</i>
<i>ASP di Palermo</i>	<i>120.000,00</i>
<i>ASP di Ragusa</i>	<i>15.000,00</i>
<i>ASP di Siracusa</i>	<i>15.000,00</i>
<i>ASP di Trapani</i>	<i>140.000,00</i>
<b><i>Totale</i></b>	<b><i>2.690.000,00</i></b>

Le eventuali economie che si realizzino nell'ambito di ciascuna provincia, nei tetti di spesa per "extra regione" potranno 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.

L'ulteriore produzione extra regione eventualmente erogata dalle singole strutture non remunerata dalle economie sarà riconosciuta solo nei tempi ed agli esiti delle procedure di compensazione fra le Regioni interessate alla mobilità attiva/passiva.

Per tale maggiore produzione, le strutture interessate potranno emettere regolare fattura soltanto dopo la comunicazione del riconoscimento delle prestazioni da parte dell'ASP, previa disposizione Assessoriale.

**Art. 10** - Gli aggregati di spesa per l'anno 2014 sono suddivisi per provincia e per branca, come da tabella allegata al presente provvedimento (alla lettera sub "A"). E' confermata, anche per il 2014, 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 (con esclusione del budget dedicato per la mobilità attiva), 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 sulla GURS 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 "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 DA del 2 luglio 2008, come integrato dalla disciplina di settore di cui alle linee guida approvate con Decreto Presidenziale del 26 gennaio 2011. Tale tipologia di prestazione domiciliare, effettuata dal personale abilitato al prelievo ai sensi della normativa vigente e in possesso dei requisiti di cui al D.A. 890/2002, sarà remunerata in aggiunta alla tariffa regionale in atto vigente, nella misura di 6,00 euro per percorso tra sede della struttura e domicilio del paziente inferiore a 3 Km. e nella misura di euro 9,00 per percorso superiore a 3 Km.. Tale remunerazione aggiuntiva è comprensiva, ove richiesto dall'assistito, del servizio di consegna a domicilio del referto.

**Art. 14** - Le Aziende Sanitarie Provinciali dovranno stipulare, con le strutture già autorizzate ad effettuare trattamenti riabilitativi in regime ambulatoriale (paragrafo 2.2-a dell'allegato al DA 17 giugno 2002, n.890), nell'ambito delle risorse per "*l'Assistenza domiciliare integrata*", accordi per l'erogazione di prestazioni riabilitative domiciliari, in favore dei soggetti non autosufficienti per i quali l'UVM (unità di valutazione multidimensionale) ha definito un progetto assistenziale individualizzato sulla base della valutazione dell'appropriatezza terapeutica rispetto al grado di complessità dei pazienti, effettuata attraverso lo strumento di valutazione in uso (SVAMA) e limitatamente al percorso riabilitativo indicato al PR 1 di cui al 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 2014 utilizzeranno lo schema di contratto allegato al presente decreto (allegato sub "B"). Contestualmente alla sottoscrizione del contratto, i Direttori Generali delle ASP avranno cura di consegnare alle strutture una scheda che riporti, tenuto conto della rete dell'offerta pubblica e privata della

provincia, le motivazioni tecniche sottostanti alla determinazione del livello quali-quantitativo delle prestazioni richieste alla singola struttura in funzione dei fabbisogni.

Per le strutture e/o gli specialisti privati accreditati che per qualunque motivo non sottoscrivano il contratto di cui all'allegato 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, con decorrenza dal giorno successivo a quello previsto per la firma del contratto, cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario regionale e si applica la sospensione dell'accreditamento istituzionale, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8 quinquies, comma 2 quinquies del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1 quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008).

In quest'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 20 giorni dalla notifica del presente decreto, nel rispetto degli obiettivi assegnati e inviando all'Assessorato regionale Salute, nei successivi 15 giorni, i contratti sottoscritti con gli stessi erogatori, autenticati ai sensi di legge, in formato elettronico.

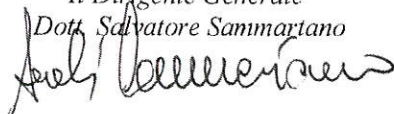
**Art. 17** – Gli oneri che scaturiscono dal presente decreto trovano copertura nell'ambito delle risorse del fondo sanitario regionale assegnate per quota capitaria alle ASP dalla Regione Siciliana per l'anno 2014.

**Art. 18** - Il presente decreto sarà notificato alle Aziende Sanitarie Provinciali e, da queste, a tutti i centri privati accreditati che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale per conto del Servizio Sanitario Regionale.

Il provvedimento è trasmesso al Responsabile del procedimento di pubblicazione dei contenuti sul sito istituzionale, a fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione on line.

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

Palermo, 26 SET. 2014

Il Dirigente Generale  
Dott. Salvatore Sammartano  


L'Assessore  
Dott.ssa Lucia Borsellino  


	ASP di Agrigento	ASP di Catanzaro	ASP di Catania	ASP di Enna	ASP di Messina	ASP di Palermo	ASP di Ragusa	ASP di Siracusa	ASP di Trapani	Gestione Sanitaria Accentrata Assessorio Salute	Totale
Laboratori di analisi	10.723.000,00	4.450.000,00	27.327.000,00	1.955.000,00	16.091.000,00	26.647.000,00	5.653.000,00	9.061.000,00	9.832.000,00		111.739.000,00
Branche a vista	4.168.000,00	1.061.000,00	11.693.000,00	92.000,00	3.353.000,00	8.626.000,00	1.325.000,00	4.130.500,00	2.266.000,00		36.714.500,00
Odontoiatria	5.107.000,00	539.000,00	1.250.000,00	524.000,00	1.291.000,00	8.963.000,00	214.000,00	1.452.000,00	781.000,00		20.121.000,00
Radiologia	4.503.000,00	2.318.000,00	10.956.000,00	1.788.000,00	6.777.000,00	15.378.000,00	3.009.000,00	4.578.000,00	5.323.000,00		54.630.000,00
Medicina Nucleare	1.081.000,00	-	2.007.000,00	-	1.585.000,00	2.988.000,00	414.000,00	756.000,00	412.000,00		9.243.000,00
FKT	7.298.000,00	567.000,00	12.201.000,00	-	6.169.000,00	20.905.000,00	502.000,00	2.749.500,00	9.499.000,00		59.890.500,00
ex GSA											
Neftrologia	11.053.000,00	3.774.000,00	4.013.000,00	1.677.000,00	10.611.000,00	4.312.000,00	7.090.000,00	9.877.000,00	7.644.000,00		10.002.000,00
Radioterapia			22.398.000,00	1.414.000,00		36.041.000,00					109.902.000,00
extra regione	60.000,00	15.000,00	6.626.000,00	15.000,00	1.660.000,00	120.000,00	15.000,00	15.000,00	140.000,00		16.178.000,00
accantonamento			6.626.000,00			9.552.000,00					2.690.000,00
Gestione Sanitaria Accentrata										5.000.000,00	5.000.000,00
Accentrata										16.798.000,00	16.798.000,00
<b>AGGREGATO 2014</b>	<b>43.993.000,00</b>	<b>12.724.000,00</b>	<b>99.121.000,00</b>	<b>7.465.000,00</b>	<b>47.537.000,00</b>	<b>133.532.000,00</b>	<b>18.222.000,00</b>	<b>32.619.000,00</b>	<b>35.897.000,00</b>	<b>21.798.000,00</b>	<b>452.908.000,00</b>

Contratto tra l'Azienda Sanitaria Provinciale di \_\_\_\_\_ e

La struttura \_\_\_\_\_

L'anno \_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_ nei locali  
dell'Azienda Sanitaria Provinciale di \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_

**Sono presenti**

L'Azienda Sanitaria Provinciale di .....

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

Rappresentata dal Direttore Generale/Commissario Straordinario Dr.....nato  
a..... il..... munito dei necessari poteri come da Decreto di nomina n.....  
del..... e domiciliato, ai fini del presente atto, presso la sede dell'Azienda medesima

**E**

Lo specialista e/o la struttura \_\_\_\_\_ (indicare la ragione sociale) codice  
struttura (obbligatorio) \_\_\_\_\_ Partita Iva: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale (se diverso  
dalla partita Iva) \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ (Prov.: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Rappresentata dal/la Signor/a  
\_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ domiciliato/a per la carica presso la  
sede della struttura, il/la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi  
dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:

- a) di intervenire al presente atto in qualità di titolare o rappresentante legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione allegata al presente atto:
  - Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio di Amministrazione e i poteri di rappresentanza - oppure - copia autentica dello statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
  - Fotocopia della carta di identità e del codice fiscale;
- b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni

\_\_\_\_\_ - ovvero -  
si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di  
\_\_\_\_\_;



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

#### **Per**

Regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla  
 branca..... in conformità al decreto dell'Assessore della Salute della  
 Regione Siciliana n..... del.....

#### **Premesso**

- che lo strumento indispensabile per garantire l'equilibrio finanziario del sistema sanitario regionale, nell'ambito della Programmazione Regionale e degli atti connessi e/o consequenziali, è dato dalla metodologia della fissazione dei tetti di spesa – e cioè di aggregati di risorse del Fondo sanitario regionale da destinare alle singole branche;
- che la Giunta regionale con delibera n. 218 del 27.6.2013 ha apprezzato il Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo 2013/2015 delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Servizio Sanitario Regionale, in prosecuzione del Programma Operativo 2010/2012, proposto ai sensi dell'art. 11 del D.L. 31.05.2010 n. 78 convertito in legge 30.07.2010 n. 122, adottato con DA n.476 del 26 marzo 2014
- che con Decreto n..... del.....l'Assessore della Salute della Regione Siciliana, ha fissato i limiti massimi di spesa per le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale da privato per l'anno 2014, ed ha emanato anche il relativo schema contrattuale, cui si uniforma il presente contratto;
- che l'aggregato di spesa invalicabile assegnato all'Azienda Sanitaria Provinciale di \_\_\_\_\_ per la branca \_\_\_\_\_ per l'anno 2014 è pari ad euro \_\_\_\_\_ inclusi i contributi previdenziali di legge, ove previsti a carico dell'Azienda committente e tiene conto del recupero da parte di quest'ultima della quota di compartecipazione fissa di € 10,00 per ricetta - introdotta con la Legge del 15 luglio 2011, n.111, articolo 17, comma 6;
- che l'Azienda con nota di convocazione prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ha dato avvio al procedimento di negoziazione del *budget* individuale per l'anno 2014;
- che la disciplina recata nel presente contratto per l'intero anno 2014 assorbe in sé e sostituisce quella relativa al periodo dall'1.1.2014 alla data di sottoscrizione del presente contratto.
- che per le prestazioni erogate ai pazienti extra regione (mobilità attiva extra-regionale) è assegnato un *budget* dedicato per effetto di quanto disposto dall'articolo 25 della l.r. n.5/2009, comma 1 lett. f), come modificato dal comma 6 dell'art.71 della legge regionale 15 maggio 2013, n.9;

#### **Le parti come sopra individuate,**

#### **Visti**

- l'art. 8/quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
- l'art. 28 ed, in particolare, il comma 6 della legge regionale 26 marzo 2002, n. 2, il quale dispone che i direttori generali delle Aziende Sanitarie Provinciali negoziano preventivamente con le strutture sanitarie l'ammontare delle prestazioni erogabili per conto del servizio sanitario regionale nei limiti degli aggregati determinati dalla Regione, tenendo conto della qualità delle prestazioni erogabili, della programmazione regionale, del fabbisogno di assistenza individuato dalla Regione e dei propri vincoli di bilancio;
- il D. A. n \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ con il quale sono determinati gli aggregati regionali e provinciali per l'anno 2014 per la specialistica ambulatoriale da privato, quali tetti di spesa invalicabili;

## Stipulano quanto segue

### Art. 1

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

### Art. 2

1. L'ammontare del *budget* massimo attribuibile allo specialista e/o alla struttura specialistica \_\_\_\_\_ per le prestazioni da erogare ai pazienti residenti nel territorio regionale siciliano è determinato per l'anno 2014 in euro \_\_\_\_\_, comprensivo delle quote già assegnate alla data di sottoscrizione del presente contratto;
2. Al fine di assicurare le prestazioni indispensabili per i pazienti affetti da tumore, il budget assegnato dovrà prioritariamente assicurare l'erogazione di tutte le prestazioni contrassegnate con codice "048" e correlate alla patologia oncologica accertata.
3. La struttura specialistica si impegna a migliorare il livello di appropriatezza delle prestazioni, e ad erogare, oltre quelle specificate al superiore comma 2, le seguenti ulteriori prestazioni rispondenti all'effettivo fabbisogno dell'Azienda:
  - 
  - 
  - 
  -
4. L'ammontare del *budget* attribuito allo specialista e/o alla struttura specialistica, per l'anno 2014, per le prestazioni da erogare ai pazienti extra regione è determinato in euro \_\_\_\_\_. Le strutture specialistiche sono tenute a produrre separatamente le fatture comprovanti le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale) avendo cura di indicare la valorizzazione di tali prestazioni nella misura del 100% delle tariffe vigenti nel territorio regionale siciliano a cui sarà applicata una decurtazione del 20%; la mancata separata evidenza della contabilizzazione comporterà automaticamente il mancato riconoscimento di tali prestazioni. Le prestazioni rese oltre il *budget* assegnato, che non trovano copertura nelle economie che si realizzano nell'ambito della stessa Provincia per le prestazioni di mobilità attiva cosiddetta "extra regione", potranno essere remunerate nella medesima misura dell'80% delle tariffe vigenti nel territorio regionale siciliano solo nei tempi ed agli esiti delle procedure di compensazione fra le Regioni interessate alla mobilità attiva/passiva. Per tale maggiore produzione, gli specialisti e/o le strutture specialistiche emetteranno regolare fattura soltanto dopo la comunicazione del riconoscimento delle prestazioni da parte dell'Azienda Sanitaria Provinciale, previa disposizione assessoriale.

### Art. 3

1. Lo specialista e/o la struttura specialistica \_\_\_\_\_ si impegna a trasmettere all'Azienda Sanitaria Provinciale la fatturazione ed il flusso "M", entro il decimo giorno successivo al mese di riferimento, garantendo l'allineamento del fatturato alle prestazioni effettivamente riconosciute ed economicamente liquidabili. Il rispetto della tempistica di invio dei dati e il loro allineamento sono condizione vincolanti per la liquidazione delle prestazioni.
2. Il mancato rispetto della tempistica di invio dei dati comporterà la sospensione del pagamento delle prestazioni, rinviando a successive verifiche eventuali congruagli.

### Art. 4

1. La remunerazione delle prestazioni allo specialista e/o alla struttura specialistica..... avverrà sulla base del tariffario regionale vigente, e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che,



tuttavia, non potranno comportare, se non espressamente previsto da provvedimenti regionali, aumento del limite di spesa di cui all'art. 2 del presente contratto.<sup>1</sup>

2. Lo specialista e/o la struttura specialistica \_\_\_\_\_ si impegna ad erogare le prestazioni, per le singole mensilità, mediamente in proporzione ai *budget* assegnati, in modo tale da garantire per il periodo di riferimento e quindi per l'intero anno l'assistenza sanitaria di propria competenza avendo particolare riguardo per le fasce cosiddette deboli (over 65 anni, esenti con patologia, bambini al di sotto dei 6 anni).
3. Le prestazioni eccedenti i limiti fissati non potranno in alcun caso essere remunerate e ove fatturate, dovranno essere stornate con apposite note di credito di pari importo.

#### **Art. 5**

1. A fronte delle prestazioni erogate, rendicontate e fatturate, l'ASP corrisponderà alla struttura privata.....mensilmente un importo non superiore ad 1/12 del *budget* assegnato, previa effettuazione di tutte le verifiche previste dalle norme vigenti ai fini della liquidazione. Il diritto al pagamento dei suddetti importi maturerà entro trenta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono o, se successivi, dalla data di avvenuta acquisizione da parte dell'ASP dei flussi delle prestazioni e delle relative fatture.
2. Per l'anno 2014 i conguagli e i pagamenti dei relativi saldi, ove dovuti, saranno effettuati come segue: entro 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. Ai fini della regolarità contabile, la liquidazione e il pagamento del saldo annuale è subordinata al ricevimento da parte dell'ASP delle eventuali note di credito di rettifica richieste per effetto dei risultati dei controlli di regolarità delle prestazioni rese nell'anno 2014. In mancanza l'ASP provvederà, a norma di legge, ad emettere i relativi documenti fiscali di rettifica annuale, con l'obbligo di inviare il documento fiscale auto-emesso al soggetto contraente e all'Agenzia delle Entrate territorialmente competente.

#### **Art. 6**

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

#### **Art. 7**

1. Lo specialista e/o la struttura specialistica \_\_\_\_\_, in conformità a quanto previsto dalla direttiva dell'Assessore regionale per la Sanità 9 febbraio 2009, prot. n. 1410, in materia di stipula di contratti, che si applica integralmente anche al presente atto, si impegna a:
  - a) denunciare all'Autorità Giudiziaria e/o agli Organi di Polizia ogni illecita richiesta di danaro, prestazione od altra utilità formulata anche prima della stipula del contratto o nel corso dell'esecuzione del contratto stesso, anche a propri agenti, rappresentanti o dipendenti e, comunque, ogni illecita interferenza specificamente nella fase di adempimento del contratto, o eventuale sottoposizione ad attività estorsiva o a tasso usurario da parte di organizzazioni o soggetti criminali;
  - b) rispettare puntualmente la normativa in materia di contratti di lavoro, di sicurezza nei luoghi di lavoro, in materia previdenziale;
  - c) rispettare integralmente le direttive assessoriali in materia di stipula dei contratti e precisamente prot. n. 1495 dell'11 febbraio 2009; prot. n. 2255 del 22 marzo 2010; prot. n. 3477 del 29 aprile 2010; prot. n.33084 del 28 settembre 2010 e prot. n. 38258 del 15 ottobre 2010;
  - d) porre in essere, con adeguata diligenza e tempestività, ogni attenta valutazione sulla possibilità dell'adozione di provvedimenti disciplinari e cautelari previsti dalla vigente contrattazione collettiva di

---

<sup>1</sup> Per le prestazioni che rientrano nell'ambito della radioterapia innovativa e per i percorsi riabilitativi (FKT) continuano ad applicarsi rispettivamente, così come previsto dal DA 1745 del 29.08.2007 e dal DA n. 924 del 14.5.2013 pubblicato sulla GURS n. 25 del 31 maggio 2013, le tariffe di cui al DA del 22/09/2009 (GURS 9/10/2009, n.47) e del DA del 17 dicembre 2002 (GURS 14/03/2003, n.12) e loro successive modifiche e/o integrazioni, al netto dello sconto previsto dall'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

- riferimento, qualora un dipendente della struttura privata abbia riportato una condanna non definitiva per uno dei reati di cui all'articolo 15, comma 1, lett. a), della Legge 19 marzo 1990, n. 55 e s.m.i.. A tal fine la struttura sanitaria privata, avuta comunicazione certa della motivazione della sentenza, anche a seguito di comunicazione circostanziata da parte dell'Azienda Sanitaria Provinciale territorialmente competente, avvia le valutazioni entro una settimana comunicando comunque l'esito all'ASP entro e non oltre gg. 30 (trenta);
- e) comunicare tempestivamente all'Azienda Sanitaria Provinciale le eventuali variazioni della compagine sociale ai fini della verifica dei requisiti di legge;<sup>2</sup>
  - f) garantire il suo inserimento nel sistema unico di prenotazione sia a livello provinciale sia a livello regionale;
  - g) riservare, previo accordo con l'Azienda Sanitaria Provinciale una quota delle proprie prestazioni giornaliere mediamente quantificabili fino al 50% in favore dei pazienti inviati dal committente con richieste "urgenti" e "brevi";
2. La violazione debitamente accertata delle obbligazioni assunte in conformità a quanto previsto sub a), b), c), d, ed e) costituirà causa di risoluzione del contratto, ai sensi degli artt. 1455 e 1456 c.c., attesa l'importanza degli adempimenti richiesti e per come in tal senso espressamente convenuto.

#### Art. 8

L'Azienda Sanitaria Provinciale opererà un sistematico monitoraggio sull'andamento dell'attività erogata dallo specialista e/o dalla struttura specialistica e sulla relativa spesa, oltre che sul rispetto delle condizioni previste dal presente contratto.

#### Art. 9

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

Le spese di bollo, ove dovute, sono a cura e carico \_\_\_\_\_.

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

Letto, confermato e sottoscritto

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

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di .....

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

Letto, confermato e sottoscritto

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

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di .....

<sup>2</sup> Nel caso di società.