D.A. n. 01179/11
Dipartimento Pianificazione Strategica
(2011 –Servizio 5)

REPUBBLICA ITALIANA

REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento per la Pianificazione Strategica

L'ASSESSORE

Visto lo Statuto della Regione Siciliana;

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

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

Visto il D.A. n. 3473 del 24 Dicembre 2008 con il quale sono stati forniti, tra l'altro, gli indirizzi e i criteri con riferimento alla tabella di rimodulazione di n. 588 posti letto per acuti in altrettanti posti letto di riabilitazione/lungodegenza;

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 decreto assessoriale n.01174 del 30 maggio 2008 e s.m.i. recante disposizioni sui "Flussi Informativi";

Visti i Decreti Assessoriali n. 0957/10 del 02/04/2010 e DA n.1190 del 4 maggio 2010 con i quali sono state date indicazioni alle Aziende Sanitarie Provinciali sui criteri per la determinazione del budget da attribuire alle singole Case di Cura e contestualmente sono stati fissati i tetti di spesa provinciali per l'anno 2010;

Preso atto che per effetto di Decreti Assessoriali, emanati nel corso del 2010, si è proceduto alla rimodulazione dei posti letto da acuti in riabilitazione e/o lungodegenza di alcune strutture, e che pertanto occorre procedere alla rideterminazione del calcolo dei fabbisogni distinti per tipologia di prestazioni per l'anno 2011;

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, in corso di approvazione da parte degli organi competenti del Governo Regionale;

Visto il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, giusta Intesa della Conferenza Stato-Regioni Rep.n.243/CSR del 3 dicembre 2009;

Visto il D.A. 875/09 del 11 maggio 2009 e s.m.i. recanti *"Indirizzi per l'attuazione del Day Service nelle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate e relative tariffe delle prestazioni"*;

Visto il Decreto Assessoriale del 30 dicembre 2010 con il quale è stato approvato il *"Programma Operativo 2010-2012 per la prosecuzione del piano di riqualificazione del sistema sanitario regionale 2007-2009 ai sensi dell'art.11 del D.L. 31 maggio 2010, n.78 convertito dalla legge 30 luglio 2010, n.122"*;

Visto il Decreto 7 gennaio 2011, pubblicato sulla GURS 21 gennaio 2011, n.4 di *"Rideterminazione delle tariffe per le prestazioni di ricovero in UU.OO. di lungodegenza post-acutiae"*;

Considerato che i tetti di spesa e l'individuazione di aggregati, da dedicare ad ogni singolo comparto, si configurano quali strumenti indispensabili per garantire il rispetto dei LEA nell'ambito delle risorse del Fondo Sanitario Regionale e contribuiscono a mantenere l'equilibrio finanziario del sistema sanitario regionale, in attuazione del fondamentale principio della programmazione finalizzata alla razionalizzazione della spesa pubblica e al miglioramento qualitativo delle prestazioni sanitarie;

Visti gli esiti del confronto con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative ai sensi dell'art. 25, comma 4, della l.r. n.5/2009, sulle determinazioni di cui al presente decreto;

Considerato che in sede di confronto con le associazioni di categoria, le stesse hanno richiesto la possibilità di erogare prestazioni ambulatoriali all'interno del budget, che si andrà a determinare per effetto del presente decreto, per garantire ai pazienti la continuità assistenziale;

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

Ritenuto di non dovere includere, nel tetto di spesa dell'ospedalità privata, le prestazioni di ricovero erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale) che, per effetto di quanto disposto dall'articolo 25 della l.r. n.5/2009, comma 1 lett. f), verranno considerate, nelle more degli accordi di confine da definirsi con le altre Regioni, al di fuori dell'aggregato complessivo regionale per l'anno 2011 e quindi dei budget assegnati alle singole strutture e saranno valorizzate, secondo il tariffario unico di compensazione (TUC), in vigore nell'anno di riferimento, nelle misure di seguito indicate determinate, nel rispetto del soprarichiamato art. 25 della l.r. n. 5/2009, anche sulla base della remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera che adotta a partire dall'1.1.2011, giusto D.A. n. 01822 del 13.07.2010, la versione 24 del sistema di codifica ICD9-CM:

- 75% per prestazioni rese con peso minore o uguale a 1,7;
- 85% per prestazioni rese con peso maggiore di 1,7 e minore o uguale a 2,5;
- 95% per prestazioni rese con peso maggiore di 2,5;

Le Case di Cura sono tenute a produrre separatamente le fatture comprovanti le prestazioni erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale) e la mancata evidenza separata della contabilizzazione comporterà automaticamente il non riconoscimento di tali prestazioni.

Considerato di dover procedere all'incremento dell'aggregato complessivo per l'anno 2011 nella misura globale del 3,2% dell'aggregato 2010 di cui il 2% legato all'incremento ISTAT e alle

previsioni contenute nel Programma Operativo 2010-2012 e l'1,2% legato all'adozione da parte delle strutture accreditate del modello organizzativo, delle procedure e delle modalità di controllo previsti dall'applicazione del Decreto Legislativo n.231/2001;

Considerato che costituisce interesse strategico della Regione, in quanto funzionale al processo di riduzione delle prestazioni di ricovero rese in mobilità passiva, prevedere la possibilità, per le strutture private accreditate, di erogare prestazioni per le quali si registra una maggiore "fuga" verso altre regioni di pazienti siciliani, e di dover quindi incentivare le Case di Cura relativamente ai DRG di cui alla nuova tabella "A" allegata al presente decreto. A tal fine, qualora l'attività erogata nell'anno 2011 sia superiore al budget fissato nello stesso anno, le tipologie di prestazioni previste nella tabella "A" allegata, rese da ciascuna Casa di Cura nel 2011 complessivamente in numero maggiore rispetto a quelle erogate dalla medesima nell'anno 2009, si riconoscerà per singola struttura e per ogni prestazione aggiuntiva una remunerazione pari al 50% della tariffa di ricovero; alla quale si aggiunge un ulteriore 20% nel caso in cui si ottenga, a livello regionale, una riduzione della mobilità passiva extraregionale per prestazioni di ricovero, per un importo almeno pari a detto 20%. Per i DRG in cui è previsto l'utilizzo di protesi, le tariffe da utilizzare sono quelle previste dal DA n.03201 del 29 dicembre 2010 e s.m.i.;

Ritenuto, pertanto, di determinare, con la stessa metodologia applicata nell'anno 2010, gli aggregati provinciali per riabilitazione, lungodegenza e per ricoveri ordinari;

Ravvisato che nell'ambito dell'aggregato come sopra determinato sono ricomprese le prestazioni ambulatoriali, ad eccezione delle prestazioni di laboratorio di analisi, che saranno erogate dalle Case di Cura in esito al procedimento di riconoscimento di tale attività in estensione al rapporto contrattuale in essere, al fine di garantire ai pazienti la continuità assistenziale;

Considerato che la struttura Centro Clinico e Diagnostico G.B. Morgagni di Catania con atto di fusione ha incorporato il Centro Cuore Morgagni (ex ISCAS) di Pedara (CT), struttura gestita centralmente da questo Assessorato, nel corso dell'anno 2010;

Ritenuto per effetto della fusione per incorporazione sopra descritta che il soggetto incorporante rientra per i rapporti giuridici ed economici, già a partire dal 1° gennaio 2011, nella gestione dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania;

Considerato che con il nuovo Piano Sanitario Regionale 2011-2013 sono venuti meno i presupposti previsti dal Piano Sanitario Regionale 2000-2002 al punto 7.1.1 che individuava la possibilità di assegnare centralmente le risorse alle Case di Cura di alta specialità *"...omissis...che hanno erogato nell'anno precedente prestazioni in favore di assistiti residenti, per almeno il 30%, fuori dalla provincia in cui la stessa è ubicata"*;

Ritenuto, conseguentemente, di dover procedere, a partire dal 1° gennaio 2012, che tutte le altre Case di Cura finanziate centralmente da questo Assessorato rientrino nell'aggregato complessivo dell'Azienda Sanitaria Provinciale in cui ricade la struttura, a cui comporterà oltre il controllo sanitario anche i rapporti finanziari.

Tenuto conto, nella determinazione dell'aggregato, delle strutture che hanno totalmente riconvertito i posti letto di ricovero per acuti in riabilitazione e/o lungodegenza in data successiva all'emanazione dei Decreti Assessoriali n.0957 del 2 aprile 2010 e n.1190 del 4 maggio 2010;

Considerato che nella determinazione del budget alle Case di Cura devono essere tenute distinte le quote per lungodegenza, per riabilitazione e per ricoveri acuti, nell'ambito delle quali afferiscono le prestazioni ambulatoriali eventualmente erogate. Tuttavia, per una migliore organizzazione e gestione delle risorse umane e strumentali, sarà consentito alla singola Casa di Cura con budget misto, di utilizzare nella misura massima del 10% e comunque sempre entro i limiti del budget complessivo assegnato, la minore produzione di attività verificatasi in una delle tipologie di prestazioni in favore delle altre che compongono il budget complessivo. Le eventuali ulteriori economie realizzate in ambito provinciale in ogni aggregato per tipologia potrà essere ridistribuita all'interno dello stesso aggregato.

Ritenuto che l'incremento del 2% dell'aggregato 2010, legato all'ISTAT e alle previsioni contenute nel Programma Operativo 2010-2012, operato con il presente provvedimento, può essere applicato sul budget di struttura in misura differenziata, attraverso la negoziazione del livello quali-quantitativo delle prestazioni richieste dall'ASP alla singola struttura;

Ritenuto, altresì, che l'incremento dell'1,2% dell'aggregato 2010, operato con il presente provvedimento, si applica sul budget delle singole strutture che, entro l'esercizio 2011, si doteranno del modello organizzativo, delle procedure e delle modalità di controllo previsti dall'applicazione del Decreto Legislativo n.231/2001;

Ritenuto, per quanto fin qui descritto, di dover attribuire alle Case di Cura, per tutto l'anno 2011, l'aggregato regionale pari ad euro 461.975.000,00.

DECRETA

Art. 1 – Per le finalità di cui in premessa, l'aggregato di spesa regionale delle case di cura accreditate di media e alta specialità, per l'anno 2011, è determinato, per effetto dell'incremento complessivo del 3,2%, in euro 461.975.000,00, da assegnare alle strutture private accreditate, dichiarando invalicabile sia l'aggregato regionale per l'indicato intero comparto che gli aggregati provinciali, come da tabella seguente:

Denominazione Casa di Cura	*QUOTA LUNGODEGENZA*	*QUOTA RIABILITAZIONE*	*QUOTA RICOVERI ORDINARI*	*BUDGET 2011*	*incremento dell'1,2%*	*TOTALE BUDGET 2011*
ASP DI AGRIGENTO	-	-	*12.446.000,00*	*12.446.000,00*	*146.000,00*	*12.592.000,00*
ASP DI CALTANISSETTA	*204.600,00*	*3.198.900,00*	*11.123.500,00*	*14.527.000,00*	*171.000,00*	*14.698.000,00*
ASP DI CATANIA	*2.049.100,00*	*30.261.900,00*	*104.336.000,00*	*136.647.000,00*	*1.608.000,00*	*138.255.000,00*
ASP DI MESSINA	*613.800,00*	*9.284.600,00*	*61.319.600,00*	*71.218.000,00*	*838.000,00*	*72.056.000,00*
ASP DI PALERMO	*4.239.300,00*	*5.149.400,00*	*91.242.300,00*	*100.631.000,00*	*1.184.000,00*	*101.815.000,00*
ASP DI RAGUSA	-	*2.886.800,00*	*4.767.200,00*	*7.654.000,00*	*90.000,00*	*7.744.000,00*
ASP DI SIRACUSA	*562.700,00*	*4.603.300,00*	*30.758.000,00*	*35.924.000,00*	*423.000,00*	*36.347.000,00*
ASP DI TRAPANI	-	*2.106.600,00*	*13.302.400,00*	*15.409.000,00*	*181.000,00*	*15.590.000,00*
MEDIA SPECIALITA'	***7.669.500,00***	***57.491.500,00***	***329.295.000,00***	***394.456.000,00***	***4.641.000,00***	***399.097.000,00***
HUMANITAS	-	-	*13.784.000,00*	*13.784.000,00*	*162.000,00*	*13.946.000,00*
LA MADDALENA	-	-	*24.905.000,00*	*24.905.000,00*	*293.000,00*	*25.198.000,00*
VILLA M.ELEONORA	-	*624.200,00*	*22.833.800,00*	*23.458.000,00*	*276.000,00*	*23.734.000,00*
ALTA SPECIALITA'	-	***624.200,00***	***61.522.800,00***	***62.147.000,00***	***731.000,00***	***62.878.000,00***
TOTALE	***7.669.500,00***	***58.115.700,00***	***390.817.800,00***	***456.603.000,00***	***5.372.000,00***	***461.975.000,00***

Art. 2 – La quota di incremento pari al 2%, legato all'ISTAT e alle previsioni contenute nel Programma Operativo 2010-2012, operato con il presente provvedimento, può essere applicato sul budget di struttura in misura differenziata, attraverso la negoziazione del livello quali-quantitativo delle prestazioni richieste dall'ASP alla singola struttura; mentre la quota di incremento dell'1,2%, si applica sul budget delle singole strutture che, entro l'esercizio 2011, hanno adottato, hanno in corso di adozione o adotteranno il modello organizzativo, le procedure e le modalità di controllo previsti dall'applicazione del Decreto Legislativo n. 231/2001;

Art. 3 – Nel limite massimo del 3% del budget determinato e assegnato per effetto del presente decreto e senza alcuna estensione diretta o indiretta del relativo rapporto contrattuale in essere, le Case di Cura possono, in via sperimentale, erogare prestazioni ambulatoriali, ad eccezione delle prestazioni di laboratorio di analisi, esclusivamente per ottemperare alla presa in carico e per assicurare la continuità assistenziale ai pazienti per l'episodio di malattia che ha determinato il ricovero e per le prestazioni ad esso correlate.
Le suddette prestazioni ambulatoriali saranno, in ogni caso, remunerate secondo le tariffe in atto vigenti per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private operanti nella Regione Siciliana.

Art. 4 - A partire dal 1° gennaio 2011 il Centro Cuore Morgagni (ex ISCAS) di Pedara (CT) incorporata dal Centro Clinico e Diagnostico G.B. Morgagni di Catania, rientra, per i rapporti giuridici ed economici, nella gestione dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania;

Art. 5 - A far data dal 1° gennaio 2012, tutte le altre Case di Cura finanziate centralmente da questo Assessorato, rientrano nell'aggregato complessivo dell'Azienda Sanitaria Provinciale in cui ricade la struttura, a cui comporterà oltre il controllo sanitario anche i rapporti finanziari.

Art. 6 – Nella determinazione del budget alle Case di Cura devono essere tenute distinte le quote per lungodegenza, per riabilitazione e per ricoveri ordinari, nell'ambito delle quali afferiscono, sempre nei limiti del budget assegnato, le prestazioni ambulatoriali eventualmente erogate. Tuttavia sarà consentito alla singola Casa di Cura con budget misto, di utilizzare nella misura massima del 10% e comunque sempre entro i limiti del budget complessivo, la minore produzione di attività verificatasi in una delle tipologie di prestazioni in favore delle altre che compongono il budget complessivo. Le eventuali ulteriori economie realizzate in ambito provinciale in ogni aggregato per tipologia potrà essere ridistribuita all'interno dello stesso aggregato, qualora al 30 settembre 2011, i Direttori Generali sulla base della verifica dello scostamento di oltre il 10% tra attività e budget assegnato nel 2011 alla singola Casa di Cura, possono, ove ritenuto necessario, rinegoziare il budget delle medesime, senza che questo determini automatismi nella definizione del budget per l'anno successivo;

Art. 7 - Le prestazioni di ricovero erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale) che, per effetto di quanto disposto dall'articolo 25 della l.r. n.5/2009, comma 1 lett. f), verranno considerate, nelle more degli accordi di confine da definirsi con le altre Regioni, al di fuori dell'aggregato complessivo regionale per l'anno 2011 e quindi dei budget assegnati alle singole strutture e saranno valorizzate, secondo il tariffario unico di compensazione (TUC), in vigore nell'anno di riferimento, nelle misure di seguito indicate determinate, nel rispetto del soprarichiamato art.25 della l.r. n. 5/2009, anche sulla base della remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera che adotta a partire dall'1.1.2011, giusto D.A. n. 01822 del 13.07.2010, la versione 24 del sistema di codifica ICD9-CM:

- 75% per prestazioni rese con peso minore o uguale a 1,7;
- 85% per prestazioni rese con peso maggiore di 1,7 e minore o uguale a 2,5;
- 95% per prestazioni rese con peso maggiore di 2,5;

Le Case di Cura sono tenute a produrre separatamente le fatture comprovanti le prestazioni erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale) e la mancata evidenza separata della contabilizzazione comporterà automaticamente il non riconoscimento di tali prestazioni.

Art. 8 - E' obiettivo dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali il raggiungimento dei livelli di appropriatezza e di qualità di assistenza secondo quanto previsto dal nuovo Patto della salute. In sede di stipula dei contratti con le singole case di cura, le Aziende individuano, riportandole nel contratto, le prestazioni relative a ricoveri inappropriati che la struttura si impegna a ridurre e le eventuali prestazioni che invece si impegna a rendere in modo rispondente ai criteri di appropriatezza e all'effettivo fabbisogno. Pertanto, i contratti da sottoscriversi tra le ASP e le Case di Cura private accreditate dovranno riportare il volume complessivo delle prestazioni contrattualizzate, il service-mix e il livello di appropriatezza delle procedure secondo quanto previsto dagli obiettivi fissati per le Aziende per il 2011 in ordine a:

- tempestività degli interventi chirurgici per fratture del femore nella popolazione over 65;
- tempestività delle procedure di angioplastica primaria nei pazienti affetti da IMA;
- riduzione incidenza parti cesarei primari sul totale dei parti.

Art. 9 – I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali dovranno espletare le attività negoziali con i soggetti erogatori entro 30 giorni dalla notifica del presente decreto, in applicazione dei criteri indicati nelle premesse. Si fa obbligo ai Direttori Generali di inviare all'Assessorato, nei 10 giorni successivi, sia in forma cartacea che in formato elettronico, i contratti sottoscritti con gli stessi erogatori, autenticati ai sensi di legge.

Art. 10 – Le prestazioni di ricovero relative ai DRG per i quali si registra una maggiore "fuga" verso altre regioni di pazienti siciliani, di cui alla nuova tabella "A" allegata al presente decreto, qualora l'attività erogata nell'anno 2011 sia superiore al budget fissato nello stesso anno, le tipologie di prestazioni previste nella tabella "A" allegata, rese da ciascuna Casa di Cura nel 2011 complessivamente in numero maggiore rispetto a quelle erogate dalla medesima nell'anno 2009, si riconoscerà per singola struttura e per ogni prestazione aggiuntiva una remunerazione pari al 50% della tariffa di ricovero; alla quale si aggiunge un ulteriore 20% nel caso in cui si ottenga, a livello regionale, una riduzione della mobilità passiva extraregionale per prestazioni di ricovero, per un importo almeno pari a detto 20%. Per i DRG in cui è previsto l'utilizzo di protesi, le tariffe da utilizzare sono quelle previste dal DA n.03201 del 29 dicembre 2010 e s.m.i.

Art. 11 – E' fatto obbligo alle Aziende Sanitarie Provinciali di trasmettere alla Regione – Assessorato della Salute – i tracciati relativi alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, entro il 15° giorno del mese successivo a quello di riferimento, verificando la corrispondenza della valorizzazione del flusso con il fatturato del singolo erogatore. I tracciati dovranno essere accompagnati da attestazione idonea a certificare la completezza e la qualità dei dati contenuti.

Art. 12 - Le Aziende Sanitarie Provinciali, ai fini dei contratti relativi all'esercizio 2011 utilizzeranno lo schema di contratto allegato al presente decreto (allegato B).

Le strutture sanitarie private accreditate che non sottoscrivono il contratto di cui al precedente comma, ovvero chiedono di apporre riserve in ordine alla proposta contrattuale come formulata dalle ASP competenti – fatto salvo ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria – saranno prive di contratto e, pertanto, per tali strutture con decorrenza dal giorno successivo a quello

previsto per la firma del contratto, cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, 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 caso di contenzioso, le ASP accantoneranno a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza le somme eventualmente spettanti al ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.

Art. 13 – 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 giorni dalla notifica del presente decreto, nel rispetto degli obiettivi assegnati e inviando all'Assessorato, nei successivi 15 giorni, i contratti sottoscritti con gli stessi erogatori, autenticati ai sensi di legge, in formato sia cartaceo che informatico.

Art. 14 – Gli oneri che scaturiscono dal presente decreto trovano copertura nell'ambito delle risorse del fondo sanitario regionale assegnate per quota capitaria delle ASP della Regione Siciliana.

Art. 15 - Il presente decreto sarà notificato alle Aziende Sanitarie Provinciali e, da queste, a tutti i centri privati accreditati che erogano prestazioni di ricovero.

Il presente decreto sarà trasmesso alla Ragioneria Centrale Salute e alla GURS per la relativa pubblicazione.

Palermo, 22 GIU. 2011

Il Funzionario Direttivo
Dott.ssa Maria Lume Bua

Il Dirigente del Servizio
Dott. Salvatore Sammartano

Il Dirigente Generale
Dott. Maurizio Guizzardi

REGIONE SICILIANA
Ass.to Reg.le Salute

L'Assessore
Dott. Massimo Russo

REGIONE SICILIANA
Assessorato della Salute

Tabella "A"

DRGs di tipo chirurgico per i quali si registra una maggiore mobilità passiva

Tipo	Drg	Mdc	Raggruppamento	Descrizione
C	531	1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	Interventi su midollo spinale con CC
C	532	1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	Interventi su midollo spinale senza CC
C	533	1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	Interventi vascolari extracranici con CC
C	534	1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	Interventi vascolari extracranici senza CC
C	104	5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco
C	105	5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco
C	108	5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	Altri interventi sul sistema cardiovascolare
C	111	5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza cc.
C	479	5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza cc.
C	518	5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	Interventi su sistem cardiovascolare per via percutanea senza inserzione stent in arteria coronarica o IMA
C	553	5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore
C	554	5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore
C	555	5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore
C	556	5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore
C	557	5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore
C	558	5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore
C	577	5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	Inserzione di stent carotideo
C	223	8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con cc
C	498	8	Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	Artrodesi vertebrale escl. quella cervicale senza CC
C	500	8	Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	Interventi su dorso e collo escl. artrodesi vertebrale senza CC
C	503	8	Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	Interventi su ginocchio senza dia. principale di infezione
C	537	8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC
C	538	8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC
C	544	8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori
C	545	8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio
C	290	10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	Interventi sulla tiroide
C	359	13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	Interventi su utero e su annessi non per neoplasie maligne senza cc.
C	481	PRE	DRGs non classificati	Trapianto di midollo osseo
C	541	PRE	DRGs non classificati	Ossigenazione extracorporea delle membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica 96+ ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore
C	542	PRE	DRGs non classificati	Tracheostomia con ventilazione meccanica 96+ ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore

DRGs di tipo medico per i quali si registra una maggiore mobilità passiva

Tipo	Drg	Mdc	Raggruppamento	Descrizione
M	12	1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	Malattie degenerative del sistema nervoso
M	125	5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto; con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata
M	139	5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza cc.
M	145	5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza cc.

Allegato B al DA n. 0119 del 22.06.2011

Contratto tra

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

Sono presenti

Lo Casa di Cura _____(*indicare la ragione sociale*) 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 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, autenticata dal funzionario dell'ASP che redige il presente contratto;
b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni – oppure – si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di .....;
c) 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 ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965 n. 575: e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b) dell'art. 38, comma 1 del D.lgs. 163/2006;

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

E

L'Azienda Sanitaria Provinciale di .....

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

Rappresenta dal Direttore Generale Dr.....nato a.....

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

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

Per

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

Premesso

- che con Delibera n. 497 del 30.12.2010, la Giunta Regionale di Governo ha approvato il programma operativo 2010/2012 per la prosecuzione del piano di contenimento e riqualificazione del sistema sanitario regionale 2007/2009, ai sensi dell'art. 11 del D.L. 31.05.2010 n. 78 convertito in legge 30.07.2010 n. 122;
- che con Decreto n..... del.....l'Assessore della Salute della Regione Siciliana per l'attuazione del piano sopra richiamato, ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie ospedaliere da erogare nel corso dell'anno 2011, ed ha emanato anche il relativo schema contrattuale, cui si uniforma il presente contratto;
- che la disciplina recata nel presente contratto per l'intero anno 2011 assorbe in sé e sostituisce quella relativa al periodo dall'1.1.2011 alla data di sottoscrizione del presente.
- che l'aggregato di spesa invalicabile assegnato all'Azienda Sanitaria Provinciale di _____ per l'anno _____ è pari ad € _____;
- che l'Azienda con nota di convocazione prot. n. _____ del _____ ha dato avvio al procedimento di negoziazione del budget individuale per l'anno _____;
- che per le prestazioni erogate ai pazienti extra regione, in ottemperanza alle osservazioni espresse nel verbale del Tavolo di verifica del 30 luglio, 10 novembre e 22 dicembre 2010, sarebbe necessario predefinire, nelle more degli accordi di confine tra regioni, il budget relativo alle suddette prestazioni nella quantificazione già mediamente determinata negli anni precedenti;
- che per le prestazioni erogate ai pazienti extra regione, in ottemperanza alle osservazioni espresse nel verbale del Tavolo di verifica del 30 luglio, 10 novembre e 22 dicembre 2010, è necessario predefinire il budget relativo alle suddette

prestazioni nella quantificazione già mediamente determinata negli anni precedenti che, per effetto di quanto disposto dall'articolo 25 della l.r. n.5/2009, comma 1 lett. f), le stesse verranno considerate al di fuori dell'aggregato complessivo regionale per l'anno 2011 e quindi dei budget assegnati alle singole strutture;

Le parti come sopra individuate,

Visti

- l'art. 8/quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
- l'art. 28 ed, in particolare, il comma 6 della legge regionale 26 marzo 2002, n. 2, il quale dispone che i direttori generali delle Aziende unità sanitarie locali negoziano preventivamente con le strutture sanitarie l'ammontare delle prestazioni erogabili per conto del servizio sanitario regionale nei limiti dei budget predeterminati dalla Regione, tenendo conto della qualità delle prestazioni erogate, della programmazione regionale, del fabbisogno di assistenza individuato dalla Regione e dei propri vincoli di bilancio;
- i contratti stipulati tra le parti relativi ai periodi 2006/2008, 2009 e 2010;
- il provvedimento contenuto nella nota prot. n. 0027002 del 21.03.2011 con la quale, al fine di garantire la continuità dell'erogazione delle prestazioni dell'assistenza sanitaria da privato, nelle more della definizione degli aggregati regionali e provinciali per l'anno 2011, ha autorizzato i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali, ai sensi dell'art. 25 della legge regionale 14.04.2009, n. 5, nell'ambito delle risorse finanziarie di fondo sanitario provvisorio già attribuite e liquidate mensilmente, al pagamento delle prestazioni rese dalle strutture provate convenzionate, nella misura massima di un dodicesimo dei budget assegnati alle stesse per l'anno 2010;
- il D. A. n.....del 2011 con il quale vengono determinati gli aggregati provinciali per l'anno 2011 per la spedalità privata, dichiarando invalicabile l'aggregato regionale per l'intero comparto ed i singoli aggregati provinciali;

Considerato e condiviso

- che lo strumento indispensabile per garantire l'equilibrio finanziario del sistema sanitario regionale, secondo anche le peculiari esigenze derivanti dal Programma Operativo 2010-2012 e degli atti allo stesso connessi e/o consequenziali, è dato dalla metodologia della fissazione dei tetti di spesa – e cioè di aggregati di risorse del Fondo sanitario regionale da destinare ai singoli comparti;
- che va sospeso, in applicazione dell'art. 8 quinquies, comma 2-quinquies, del D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, l'accreditamento della Casa di Cura che non abbia sottoscritto gli accordi contrattuali per l'assegnazione del budget _____;
- che presso l'Azienda dovrà prevedersi, in caso di contenzioso, un accantonamento in apposito fondo rischi in cui confluiranno le somme corrispondenti ai budget non assegnati alla Casa di Cura che non hanno sottoscritto gli accordi contrattuali per l'assegnazione del budget _____;

Stipulano quanto segue

Art. 1

Le premesse costituiscono parte integrante del presente contratto.

Art. 2

1. L'ammontare del budget massimo attribuibile alla Casa di Cura _____ per le prestazioni da erogare ai pazienti residenti nel territorio regionale siciliano, è determinato per l'anno 2011, in euro _____ comprensivo delle quote già assegnate alla data di sottoscrizione del presente contratto;
2. La Casa di Cura _____ non potrà erogare nel 2011 un volume di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e/o allo stesso assimilato che comporti un onere economico a carico dell'ASP maggiore del limite di spesa fissato al comma precedente, fermo restando che la Casa di Cura è soggetta all'osservanza della normativa nazionale e regionale in materia di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri.
3. La Casa di Cura _____ si impegna a migliorare il livello di appropriatezza dei ricoveri, in particolare riducendo i ricoveri inappropriati afferenti ai seguenti DRG's:

-
-
-

e tenendo conto di quanto previsto dall'articolo 8 di cui al decreto assessoriale (aggregati case di cura anno 2011) n._____ del _____ ad erogare, in alternativa, le seguenti prestazioni rispondenti ai criteri di appropriatezza e all'effettivo fabbisogno dell'Azienda:

-
-
-

4. L'ammontare del budget attribuito alla Casa di Cura, per l'intero anno 2011, per le prestazioni da erogare ai pazienti extra regione è di euro _____, determinato sulla base del dato consolidato del 2010. Le prestazioni aggiuntive rispetto al budget assegnato saranno riconosciute, nei limiti dei futuri accordi interregionali, e comunque previa formale disposizione da parte dell'ASP territorialmente competente. Le Case di Cura sono tenute a produrre separatamente le fatture comprovanti le prestazioni di ricovero erogate, entro i limiti del superiore budget assegnato, in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale) avendo cura di valorizzare per la relativa remunerazione tali prestazioni secondo il tariffario unico di compensazione (TUC), in vigore nell'anno di riferimento, nelle misure di seguito indicate:
   - 75% per prestazioni rese con peso minore o uguale a 1,7
   - 85% per prestazioni rese con peso maggiore di 1,7 e minore o uguale a 2,5
   - 95% per prestazioni rese con peso maggiore di 2,5

la mancata evidenza separata della contabilizzazione comporterà automaticamente il non riconoscimento di tali prestazioni;

Art. 3

1. La Casa di Cura _____ si impegna a trasmettere all'Azienda Sanitaria Provinciale la fatturazione ed il flusso "A", entro il.....del giorno successivo al mese di riferimento garantendo l'allineamento della valorizzazione dell'attività riportata dal flusso a quanto fatturato. Il rispetto della tempistica di invio dei dati e il loro allineamento sono condizione vincolante per la liquidazione delle prestazioni. Il mancato rispetto della tempistica di invio dei dati e/o la non corrispondenza degli stessi al fatturato, comporterà il pagamento in dodicesimi del 50% del minore tra l'importo liquidabile e il fatturato/flusso "A", rinviando a successive verifiche eventuali conguagli.

Art. 4

1. La remunerazione delle prestazioni alla Casa di Cura _____ avverrà sulla base delle tariffe regionali vigenti, e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare, se non espressamente previsto da provvedimenti regionali, aumento del limite di spesa di cui all'art. 2 del presente contratto.
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nel 2011 dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti.
3. La Casa di Cura _____ si impegna ad erogare le prestazioni, per le singole mensilità, mediamente in proporzione ai budget assegnati, in modo tale da garantire per il periodo di riferimento e quindi per l'intero anno l'assistenza sanitaria di propria competenza.
4. Le prestazioni eccedenti i limiti fissati non potranno in alcun caso essere remunerate e ove fatturati, dovranno essere stornate con apposite note di credito di pari importo, fatto salvo quanto previsto al precedente comma 1.

Art. 5

1. A fronte delle prestazioni erogate, rendicontate e fatturate, l'ASP corrisponderà alla struttura privata.....mensilmente un importo non superiore ad 1/12 del budget assegnato. Il diritto al pagamento dei suddetti importi maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono o se successivi dalla data di avvenuta acquisizione da parte dell'ASP dei flussi delle prestazioni e delle relative fatture.
2. I conguagli e i pagamenti dei relativi saldi, ove dovuti, saranno effettuati in quattro tranche come segue: entro il 15 giugno per le fatture del 1° trimestre; entro il 15 settembre per le fatture del 2 trimestre, entro il 15 dicembre per le fatture relative al 3 trimestre, entro il 15 marzo dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. In prima applicazione nell'anno 2011 il primo conguaglio avverrà entro il 15 settembre per le fatture del periodo gennaio-giugno 2011.

3. Ai fini della regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 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.

Art. 6

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

Art. 7

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

a) denunciare all'Autorità Giudiziaria e/o agli Organi di Polizia ogni illecita richiesta di danaro, prestazione od altra utilità formulata anche prima della stipula del contratto o nel corso dell'esecuzione del contratto stesso, anche a propri agenti, rappresentanti o dipendenti e, comunque, ogni illecita interferenza specificamente nella fase di adempimento del contratto, o eventuale sottoposizione ad attività estorsiva o a tasso usuraio da parte di organizzazioni o soggetti criminali;
b) rispettare puntualmente la normativa in materia di contratti di lavoro, di sicurezza nei luoghi di lavoro ed in materia previdenziale;
c) rispettare integralmente le direttive assessoriali in materia di stipula dei contratti e precisamente prot. n. 1495 dell'11 febbraio 2009; prot. n. 2255 del 22 marzo 2010; prot. n. 3477 del 29 aprile 2010; prot. n.33084 del 28 settembre 2010 e prot. n. 38258 del 15 ottobre 2010.
d) porre in essere, con adeguata diligenza e tempestività, ogni attenta valutazione sulla possibilità dell'adozione di provvedimenti disciplinari e cautelari previsti dalla vigente contrattazione collettiva di riferimento, qualora un dipendente della struttura privata abbia riportato una condanna non definitiva per uno dei reati di cui all'articolo 15, comma 1, lett a), della Legge 19 marzo 1990, n.55.

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

Art. 8

1. Al presente contratto riferito al periodo di competenza 1° gennaio – 31 dicembre 2011, in esecuzione al decreto n.....del..... dell'Assessore della Salute della Regione Siciliana, è attribuito – ai sensi della Legge 13 agosto 2010, n. 136 come modificata dalla Legge 217/2010 di conversione del D.L. 187/2010 - il Codice Identificativo (C.I.G.) n..... da riportare sui documenti fiscali emessi in esecuzione del contratto.
2. La Casa di Cura..... con la sottoscrizione del presente contratto, assume l'obbligo di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla Legge 13 agosto 2010, n. 136.
3. Il presente contratto si intende, ai sensi dell'art. 3, comma 8 della Legge 13 agosto 2010 N. 136, rescisso con effetto immediato nel caso in cui le transazioni finanziarie siano eseguite senza l'ausilio di banche o della Società Poste Italiane S.p.A.
4. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 9

1. In caso di contenzioso con la Casa di Cura....., l'Azienda Sanitaria Provinciale accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza le somme eventualmente spettanti alla struttura sanitaria privata ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto e/o di ogni altro rapporto della struttura Sanitaria privata.....con il Servizio Sanitario Regionale è di competenza esclusiva del Giudice ordinario/ amministrativo che ha la giurisdizione sul territorio in cui ha sede l'Azienda sanitaria provinciale di .....con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti contraenti.

Letto, confermato e sottoscritto
La Casa di Cura / Legale Rappresentante della struttura.....

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

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

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

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

D.A. n. 1180/11
Dipartimento Pianificazione Strategica
(2011 –Servizio 5)

REPUBBLICA ITALIANA

R E G I O N E S I C I L I A N A
ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento per la Pianificazione Strategica

L'ASSESSORE

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;

Visto l'art.1 comma 796, lett. o della stessa legge 27 dicembre 2006 n. 296 riguardante l'applicazione degli sconti tariffari sulle fatturazioni delle strutture private accreditate che erogano assistenza specialistica;

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 decreto assessoriale n.01174 del 30 maggio 2008 recante disposizioni sui "Flussi Informativi";

Visti il DA n.779 del 15 marzo 2010 e il DA n.1191 del 4 maggio 2010 con i quali sono stati determinati gli aggregati provinciali e regionali per branca per la specialistica ambulatoriale da privato per l'anno 2010 e fissati i criteri di premialità;

Visto il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, giusta Intesa della Conferenza Stato-Regioni Rep.n.243/CSR del 3 dicembre 2009;

Visto il Decreto Assessoriale del 30 dicembre 2010 con il quale è stato approvato il *"Programma Operativo 2010-2012 per la prosecuzione del piano di riqualificazione del sistema sanitario regionale 2007-2009 ai sensi dell'art.11 del D.L. 31 maggio 2010, n.78 convertito dalla legge 30 luglio 2010, n.122"*;

Visto l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui "Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio" del 23 Marzo 2011 - Rep. Atti n. 61/CSR;

Considerato che i tetti di spesa e l'individuazione di aggregati di risorse del fondo sanitario regionale da dedicare ad ogni singolo comparto si configurano quali strumenti indispensabili per garantire il rispetto dei LEA nell'ambito delle risorse disponibili, mantenendo l'equilibrio finanziario del sistema sanitario regionale, in attuazione del fondamentale principio della programmazione finalizzata alla razionalizzazione della spesa pubblica;

Considerato che rispetto al settore della specialistica ambulatoriale esterna convenzionata, la Regione è tenuta, a partire dall'analisi del fabbisogno ed in base alle risorse disponibili, a definire annualmente il tetto di spesa regionale da assegnare attraverso la determinazione degli aggregati provinciali nonché a stabilire i criteri per la contrattazione, da parte dei Direttori Generali delle ASP, dei budget da assegnare alle singole strutture accreditate;

Ritenuto di non includere nella suddetta analisi le prestazioni di specialistica ambulatoriale afferenti le branche di "Radioterapia" e "Nefrologia" in considerazione della natura "salvavita" di tali prestazioni e per le quali non è previsto un tetto di spesa;

Ritenuto di dover procedere all'incremento dell'aggregato per l'anno 2011 nella misura globale del 3,2% dell'aggregato 2010 (in cui è ricompreso il valore riconosciuto per le aggregazioni dei laboratori di analisi) di cui il 2% legato all'incremento ISTAT secondo le previsioni contenute nel Programma Operativo 2010-2012, l'1% al riequilibrio tra le province e lo 0,2% all'adozione da parte delle strutture accreditate (solo agli enti forniti di personalità giuridica e alle società e associazioni anche prive di personalità giuridica) del modello organizzativo, delle procedure e delle modalità di controllo previsti dall'applicazione del Decreto Legislativo n. 231/2001; sono esclusi da quest'ultimo incremento le Case di Cura con Budget anche di specialistica convenzionata, il cui riconoscimento è stato previsto nell'ambito dell'aggregato per l'ospedalità privata.

Ritenuto, di riconoscere per l'anno 2011 anche la quota del ticket che non sarà riscosso dalle strutture private convenzionate, per effetto dell'innalzamento della soglia ISEE, giusto DA n. 3188 del 29/12/2010, nella misura complessiva di euro 10 milioni che sarà ridistribuita agli aggregati provinciali e di branca secondo la seguente metodologia:

- il 40% in proporzione al ticket riscosso nell'anno 2010 per singola branca e per singola provincia;
- circa il 30% al riequilibrio degli aggregati per le province in cui si registrava un maggiore scostamento rispetto al fabbisogno;
- circa il 30% per la premialità delle nuove aggregazioni dei laboratori;

Ritenuto, altresì, di dover rideterminare, attraverso appositi correttivi, gli aggregati provinciali della branca *"Laboratori di analisi"*, per effetto degli accorpamenti intervenuti tra laboratori, anche di province diverse, nell'anno 2010;

Ritenuto di non dovere includere, nella determinazione del fabbisogno della popolazione siciliana, le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale) che, per effetto di quanto disposto dall'articolo 25 della l.r. n.5/2009, comma 1 lett. f), le stesse verranno considerate al di fuori dell'aggregato complessivo regionale per l'anno 2011 e quindi dei budget assegnati alle singole strutture. Tuttavia, nelle more degli accordi di confine che saranno definiti tra le Regioni, le ASP dovranno richiedere alle strutture specialistiche separate fatture comprovanti le prestazioni erogate in favore dei cittadini di altre Regioni con l'indicazione di valorizzare le stesse nella misura del 100% delle tariffe vigenti nel territorio regionale a cui sarà applicata soltanto una riduzione del 25% nel rispetto della normativa sopra indicata; la mancata evidenza separata della contabilizzazione comporterà automaticamente il mancato riconoscimento delle prestazioni.

Viste le risultanze emerse dall'analisi dell'attività erogata dalle strutture pubbliche e private della Regione nell'anno 2010**,** 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 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);

Considerato di poter assumere per l'anno 2011 la stessa metodologia utilizzata nell'anno 2010 per la determinazione degli aggregati provinciali per branca/raggruppamenti di branca, orientata a definire, sulla base del fabbisogno di prestazioni ambulatoriali, l'entità delle risorse disponibili da attribuire alle Aziende Sanitarie Provinciali per la conseguente assegnazione dei budget alle strutture erogatrici; nonché per commisurare, sia pure parzialmente, le esigenze di riequilibrio delle province e delle branche in cui l'offerta sanitaria privata era sottodimensionata rispetto all'effettivo fabbisogno;

Ritenuto che, i Direttori Generali delle ASP, nel caso in cui l'aggregato assegnato nel 2011 in una singola categoria di branca risulti non interamente fruibile in relazione alla domanda e/o alla potenzialità erogativa delle strutture, possono procedere, a seguito di verifiche e monitoraggi periodici, prioritariamente, ad implementare le attività specialistiche carenti nelle aree geograficamente disagiate e successivamente al riequilibrio tra le branche allocando le risorse eccedenti in categorie di branche per le quali si registra una maggiore domanda;

Ritenuto di dovere destinare, anche per l'anno 2011, al di fuori dell'aggregato attribuito alla branca, la somma di euro 2.984.000,00, a titolo di premialità, alle strutture private di laboratori di analisi che saranno oggetto di nuove aggregazioni;

Ritenuto coerente con le linee di programmazione sanitaria regionale che le strutture private di specialistica ambulatoriale concorrano 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, e conseguentemente si impegnino, 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;

Ritenuto che le strutture private, nell'ambito del budget loro assegnato, saranno tenute a garantire, altresì, 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. Tale impegno, utile a rinforzare 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 (art. 1, 2, 7);

Ritenuto che, per riqualificare l'offerta dell'intero sistema assistenziale, le strutture private accreditate di specialistica ambulatoriale possono concorrere alla realizzazione di nuove formule di offerta "aggregata" (Centri Polispecialistici), ivi incluse forme di partnership pubblico-privato, nelle quali il cittadino possa trovare, in un unico accesso, risposta ai propri fabbisogni assistenziali,

anche nella prospettiva di costruire futuri scenari di risposta coordinata, pubblico-privato, alle patologie croniche. A tal fine, le strutture private accreditate potranno presentare, entro quattro mesi dalla pubblicazione del presente decreto sulla GURS, un "piano di aggregazione" non vincolante alle ASP di pertinenza, che avranno il compito di valutarlo nei contenuti e nella reale rispondenza ai fabbisogni del sistema ed alle carenze effettivamente presenti nel contesto locale, e successivamente di inoltrarlo, con le valutazioni di merito, entro 30 giorni dalla presentazione, al Dipartimento di Pianificazione Strategica al fine di valutarne concordemente il reale potenziale e l'eventuale inserimento all'interno degli aggregati del 2012, che saranno dotati delle risorse finanziarie necessarie ad incentivare i programmi di cui sopra.

Ritenuto nell'ambito delle politiche sanitarie regionali, in quanto funzionale al processo di miglioramento degli indici di appropriatezza clinica ed organizzativa, di attribuire ai Direttori Generali delle ASP la facoltà di implementare l'erogazione delle cure domiciliari, da parte delle strutture private accreditate, facendo ricorso alle risorse previste per *"l'assistenza domiciliare integrata"*.

Ritenuto che le prestazioni contrassegnate con codice 048 e correlate alla patologia oncologica accertata, saranno remunerate in caso di superamento del budget, nel limite massimo del 10% del valore delle prestazioni erogate con tale codice in misura maggiore rispetto a quelle dell'anno precedente, e rendicontate attraverso il flusso M. Sulle ricette SSN relative a tali prestazioni, dovrà essere riportato, nell'apposito spazio della ricetta dedicato, l'indicazione della diagnosi come previsto per le prescrizioni specialistiche ai sensi dell'art. 50 della Legge 326/03.

Considerato che i limiti assegnati dal presente decreto a ciascuna ASP hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé diritto ad erogare prestazioni a carico del SSN, in quanto rimane obbligo dell'ASP territorialmente competente di verificare prima della stipula dei contratti, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo di spesa prefissato dal presente decreto.

Visti gli esiti del confronto con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative effettuato, ai sensi dell'art. 25 comma 4 della l.r. n.5/2009, sulle determinazioni di cui al presente decreto.

Ritenuto, pertanto, di determinare gli aggregati provinciali per le branche a visita**,** odontoiatria, medicina di laboratorio, radiologia, medicina nucleare, Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT), in funzione del fabbisogno e della capacità produttiva espressa dai convenzionati nelle rispettive province in cui gli stessi operano.

DECRETA

Art. 1 - Per le finalità di cui in premessa, l'aggregato di spesa per l'assistenza specialistica convenzionata da privato per l'anno 2011 è incrementato nella misura globale del 3,2% dell'aggregato 2010 (in cui è ricompreso il valore riconosciuto per le aggregazioni dei laboratori di analisi realizzatesi nello stesso anno 2010) di cui il 2% legato all'ISTAT secondo le previsioni contenute nel Programma Operativo 2010-2012, l'1% per il riequilibrio delle prestazioni tra le province e lo 0,2% per le strutture accreditate che hanno adottato, hanno in corso di adozione o adotteranno il modello organizzativo, le procedure e le modalità di controllo previsti dall'applicazione del Decreto Legislativo n. 231/2001.

	Aggregato 2011
Importo aggregato 2010	*292.119.000,00*
incremento 2%	*5.842.000,00*
incremento 1% per riequilibrio	*2.921.000,00*
incremento 0,2% per Dl 231/2001	*584.000,00*
	301.466.000,00

Art. 2 – L'aggregato regionale come determinato al superiore articolo 1 è incrementato, altresì, della quota del ticket che non sarà riscosso dalle strutture private convenzionate, per effetto dell'innalzamento della soglia ISEE, giusto DA n. 3188 del 29/12/2010, nella misura complessiva di euro 10 milioni che sarà ridistribuita agli aggregati provinciali e di branca secondo la seguente metodologia:

a) euro 4.000.000,00 in proporzione al ticket riscosso nell'anno 2010 per singola branca e per singola provincia;
b) euro 3.016.000,00 al riequilibrio degli aggregati per le province in cui si registrava un maggiore scostamento rispetto al fabbisogno;
c) euro 2.984.000,00 per la premialità da destinare alle nuove aggregazioni dei laboratori.

Art. 3 – Per effetto dei precedenti articoli, le risorse complessivamente destinate all'assistenza specialistica per l'anno 2011 risultano pari ad euro 311.466.000,00 così distinte:

a) euro 307.898.000,00 corrispondenti all'incremento del 2%, nonché all'1% e alle quote individuate all'articolo 2 lettere a) e b);
b) euro 2.984.000,00 destinata al riconoscimento della premialità delle nuove aggregazioni dei laboratori la cui assegnazione è rinviata ad un successivo provvedimento dell'Assessorato;
c) euro 584.000,00 destinata all'adozione da parte delle strutture accreditate del modello organizzativo, delle procedure e delle modalità di controllo previsti dall'applicazione del Decreto Legislativo n. 231/2001; le cui modalità di assegnazione sono rinviate ad un successivo provvedimento dell'Assessorato.

Art. 4 – E' approvata la metodologia per la determinazione degli aggregati di spesa per la specialistica ambulatoriale convenzionata esterna e i relativi criteri per la determinazione dei budget da assegnare per l'anno 2011 alle singole strutture private accreditate, da parte dei Direttori Generali delle ASP, di cui al documento tecnico che costituisce parte integrante del presente provvedimento (allegato A);

Art. 5 - Sono determinati, sulla base della metodologia di cui al precedente articolo, gli aggregati provinciali per l'anno 2011, come specificati nella tabella che segue, da assegnare alle strutture private accreditate per l'attività specialistica ambulatoriale esterna, al netto del ticket e con l'esclusione delle prestazioni di Nefrologia e Radioterapia, come già previsto nel DA n.779/2010, dichiarando invalicabile l'aggregato regionale per l'intero comparto e gli aggregati provinciali.

Azienda	*AGGREGATO 2011*
ASP di Agrigento	*35.687.000,00*
ASP di Caltanissetta	*8.365.000,00*
ASP di Catania	*69.487.000,00*
ASP di Enna	*4.564.000,00*
ASP di Messina	*37.535.000,00*
ASP di Palermo	*88.162.000,00*
ASP di Ragusa	*10.998.000,00*
ASP di Siracusa	*23.729.000,00*
ASP di Trapani	*29.371.000,00*
Totale	***307.898.000,00***

Gli aggregati provinciali sono comprensivi anche dei contributi previdenziali di legge a carico delle Aziende Sanitarie Provinciali che sono comunque da imputare ai singoli aggregati di branca che li hanno prodotti; resta fermo altresì quanto previsto dall'art.1 comma 796, lett. o della stessa legge 27 dicembre 2006, n. 296.

Art. 6 - Limitatamente alle prestazioni di dialisi e radioterapia si stabilisce che:

a) eventuali superamenti della spesa 2011 determinata dall' ASP competente per territorio sulla base della spesa consolidata dell'anno precedente, fatte salve 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 2012, saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato;
b) a tal fine le ASP nelle quali si dovesse profilare in corso d'anno il superamento della spesa prefissata per dialisi e radioterapia, dovranno stipulare con i centri privati operanti sul proprio territorio di competenza appositi accordi integrativi, quantificando il fabbisogno aggiuntivo, tenuto conto delle eventuali disponibilità di prestazioni erogabili presso i centri pubblici dello stesso territorio.

Art. 7 - La quota di incremento pari al 2%, legato all'ISTAT secondo le previsioni contenute nel Programma Operativo 2010-2012, può essere applicato sul budget di struttura in misura differenziata, attraverso la negoziazione del livello quali-quantitativo delle prestazioni richieste dall'ASP alla singola struttura.

Art. 8 – Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 di specialistica ambulatoriale erogate in favore dei cittadini di altre Regioni con l'indicazione di valorizzare le stesse nella misura del 100% delle tariffe vigenti nel territorio regionale a cui sarà applicata soltanto una riduzione del 25% nel rispetto della normativa vigente in materia. La mancata evidenza separata della contabilizzazione fiscale comporterà automaticamente il mancato riconoscimento delle prestazioni in argomento.

Art. 9 - Gli aggregati per l'anno 2011 sono suddivisi per provincia e per branca, come da tabella allegata al presente provvedimento (allegato B).

Nel caso in cui l'aggregato assegnato nel 2011 in una singola categoria di branca risulti non interamente fruibile in relazione alla domanda e/o alla potenzialità erogativa delle strutture presenti nel territorio provinciale, i Direttori Generali possono procedere, a seguito di verifiche e

monitoraggi periodici, prioritariamente, a implementare le attività specialistiche carenti nelle aree geograficamente disagiate e successivamente al riequilibrio tra le branche allocando le risorse eccedenti in categorie di branche per le quali si registra una maggiore domanda**.**

E' riconfermata, anche per il 2011, la possibilità per gli erogatori accreditati per più branche, di utilizzare la minore produzione di attività verificatasi in una delle branche in favore delle altre che compongono il budget complessivo operando meccanismi di riequilibrio, nel limite massimo del 20% e comunque sempre entro i limiti del budget complessivo.

Art.10 - Le strutture private accreditate di specialistica ambulatoriale che concorrono 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, saranno 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.11 - Le strutture private, nell'ambito del budget loro assegnato, saranno tenute a garantire, l'attuazione di quanto indicato nel decreto assessoriale n.2085/2010, 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.12 - Al fine di riqualificare l'offerta dell'intero sistema assistenziale, le strutture private accreditate di specialistica ambulatoriale che intendono concorrere alla realizzazione di nuove formule di offerta "aggregata" (Centri polispecialistici), ivi incluse forme di partnership pubblico-privato, potranno presentare, entro quattro mesi dalla pubblicazione del presente decreto sulla GURS, un "piano di aggregazione" non vincolante alle ASP di pertinenza, che avranno il compito di valutarlo nei contenuti e nella reale rispondenza ai fabbisogni del sistema ed alle carenze effettivamente presenti nel contesto locale, e successivamente di inoltrarlo, con allegate le valutazioni di merito, entro 30 giorni dalla presentazione, al Dipartimento di Pianificazione Strategica al fine di valutarne concordemente il reale potenziale e l'eventuale inserimento all'interno degli aggregati del 2012.

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 5,00 euro per percorso tra sede della struttura e domicilio del paziente fino a 3 Km. e nella misura di euro 8,00 per percorso superiore a 3 Km.

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 5,00 euro per percorso tra sede della struttura e domicilio del paziente fino a 3 Km. e nella misura di euro 8,00 per percorso superiore a 3 Km.

Art.15 – Le prestazioni contrassegnate con codice 048 e correlate alla patologia oncologica accertata, di cui alla tabella sotto riportata, saranno remunerate in caso di superamento del budget, nel limite massimo del 10% del valore delle prestazioni erogate con tale codice in misura maggiore rispetto a quelle dell'anno precedente e rendicontate attraverso il flusso M. Sulle ricette SSN relative a tali prestazioni, dovrà essere riportato, nell'apposito spazio della ricetta dedicato, l'indicazione della diagnosi come previsto per le prescrizioni specialistiche ai sensi dell'art. 50 della Legge 326/03.

Prestazioni indispensabili per i pazienti affetti da tumore con esenzione codice 048

Anatomia Patologica	esame citologico, esame istologico
Anestesia	visita, terapia del dolore, cateteri centrali
Cardiologia	visita, ECG, ecocardiografia
Chirurgia	visita, piccoli interventi
Dermatologia	visita, escissione lesione cutanee
Ematologia	visita
Endocrinologia	visita, ecografia
Endoscopia	EDGS, rettocolonscopia
Fisiatria	visita, manovre riabilitative
Gastroenterologia	visita, ecografia
Geriatria	visita, valutazioni geriatriche, (es.CGA)
Ginecologia	visita, PAP test, ecografia
Patologia Clinica	esami ematochimici, markers, esami urine
Medicina Nucleare	scintigrafia ossea, tiroidea, renale
Neurologia	visita, elettromiografia,
Oculistica	visita, fundus oculi
Odontoiatria	visita, ortopantografia (pz in terapia con bifosfonati)
Ortopedia	visita
Otorinolaringoiatria	visita, esame rinoscopico, biopsie
Pneumologia	visita, spirometria, emogasanalisi
Psichiatria	visita
Radiologia	RX, mammografia, ecografia, TC, RMN
Reumatologia	visita
Urologia	visita, cistoscopia, ecografia

non sono incluse le prestazioni terapeutiche tipo chemioterapia, radioterapia ecc.

Art.16 – Con il presente decreto si avvia un nuovo ciclo di aggregazioni delle strutture private accreditate e contrattualizzate ad effettuare prestazioni di diagnostica di laboratorio (branca n. 11); si riaprono i termini per l'aggregazione, ai sensi del DA 2674 del 18.11.2009, delle strutture private accreditate di laboratorio per consentire nuove aggregazioni o modifiche delle aggregazioni attuali che portino ad un aumento del numero dei componenti (a meno di diminuzioni dovute all'esercizio dei diritti di recessione già acquisiti). Per l'anno 2011 alle strutture private accreditate che si aggregano ex novo o aumentano il loro attuale livello di aggregazione, sarà riconosciuta una premialità determinata secondo le modalità ed i criteri disciplinati nel documento allegato C. Alle strutture, singole o già aggregate, che entrano a far parte di questo nuovo ciclo di aggregazioni è attribuita una facoltà di recesso dell'aggregazione da manifestarsi entro e non oltre la data del 31 dicembre 2012, data entro la quale si procederà alla revoca automatica dei codici regionali delle singole strutture aggregate. Per i singoli laboratori, aderenti alla prima fase aggregativa e fruitori della premialità per l'anno 2010, che dovessero cambiare la struttura aggregativa di appartenenza, i termini per il diritto di recessione rimangono quelli previsti dalla prima fase di aggregazione ai sensi del DA 2674.

Art.17 – Per allineare e consolidare la riorganizzazione delle reti di offerta dell'attività di diagnostica di laboratorio, con successivi decreti, si adotteranno parametri e scadenze conformi alle linee guida e di indirizzo contenuti negli accordi adottati o adottandi dalla Conferenza Stato-Regioni.

Art.18 – Il recesso dall'aggregazione delle strutture private accreditate per le prestazioni di diagnostica di laboratorio, determina la perdita della premialità attribuita, mentre il trasferimento da una aggregazione ad un'altra non comporta l'attribuzione di ulteriori premialità;

Art.19 - Le Aziende Sanitarie Provinciali, ai fini dei contratti relativi all'esercizio 2011 utilizzeranno lo schema di contratto allegato al presente decreto (allegato D).

Le strutture sanitarie private accreditate che non sottoscrivono il contratto di cui al precedente comma, ovvero chiedono di apporre riserve in ordine alla proposta contrattuale come formulata dalle ASP competenti – fatto salvo ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria – saranno prive di contratto e, pertanto, per tali strutture con decorrenza dal giorno successivo a quello previsto per la firma del contratto, cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, 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 caso di contenzioso, le ASP accantoneranno a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza le somme eventualmente spettanti al ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.

Art.20 – 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 giorni dalla notifica del presente decreto, nel rispetto degli obiettivi assegnati e inviando all'Assessorato, nei successivi 15 giorni, i contratti sottoscritti con gli stessi erogatori, autenticati ai sensi di legge, in formato sia cartaceo che informatico.

Art.21 – Gli oneri che scaturiscono dal presente decreto trovano copertura nell'ambito delle risorse del fondo sanitario regionale assegnate per quota capitaria delle ASP della Regione Siciliana.

Art.22 - Il presente decreto sarà notificato alle Aziende Sanitarie Provinciali e, da queste, a tutti i centri privati accreditati che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Il presente decreto sarà trasmesso alla Ragioneria Centrale Salute e alla GURS per la relativa pubblicazione.

Palermo, 22 giugno 2011

Il Funzionario Direttivo
Maria Lume Bua

Il Dirigente del Servizio 5
Dott. Salvatore Sammartano

Il Dirigente del Servizio 8
Dott. Giuseppe Noto

Il Dirigente Generale
Dott. Maurizio Guizzardi

F.to L'Assessore
Dott. Massimo Russo