

REPUBBLICA ITALIANA



**REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELLA SALUTE**

Dipartimento per la Pianificazione Strategica

L'ASSESSORE

AGGREGATI DI SPESA PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA DA PRIVATO – anno 2019

Visto lo Statuto della Regione Siciliana;

Vista la legge n.833/78 e s.m.i. di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

Visto il D.P. Regionale 28/02/1979, n.70, che approva il testo unico delle leggi sull'ordinamento del governo e dell'Amministrazione della Regione Siciliana;

Visto il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502, nel testo modificato con il Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n.517, sul riordino della disciplina in materia sanitaria, e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la Legge Regionale 3 novembre 1993, n. 30 recante norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali;

Vista la legge regionale 15 Maggio 2000 n.10 e s.m.i.;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n.5 e s.m.i. di riordino del sistema sanitario in Sicilia pubblicata nella GURS del 17 aprile 2009, n.17;

Visto il Titolo II del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e successive modifiche ed integrazioni recante "Disposizioni in materia di armonizzazione degli schemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42";

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

Vista la Delibera di Giunta n. 201 del 10/08/2015 recante "Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n.118, articolo 20 – Perimetrazione entrate e uscite relative al finanziamento del servizio sanitario regionale" e successivi decreti del Ragioniere Generale;

- Visto** il D.P. Reg. 27 giugno 2019, n.12 – Regolamento di attuazione del Titolo II della Legge Regionale 16 dicembre 2008, n.19 *“Rimodulazione degli assetti organizzativi dei Dipartimenti regionali ai sensi dell’articolo 13, comma 3, della l.r. 17 marzo 2016, n.3. Modifica del D.P.Reg. 18 gennaio 2013, n.6 e s.m.i.”*;
- Visto** il DA n.496 del 13 marzo 2013 e s.m.i. concernente i controlli analitici delle cartelle cliniche;
- Visto** il DA n. 923/2013 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 ospedaliera;
- Visto** il DA n. 924/2013 del 14 maggio 2013 ed il successivo DA n.2533 del 31 dicembre 2013 (GURS 17 gennaio 2014) con il quale sono state rideterminate, a far data dal 1° giugno 2014, i criteri di abbattimento dei DRG a rischio di inappropriatazza e le tariffe per le prestazioni erogate in regime di Day Service;
- Visto** il DA n. 954/2013 del 17 maggio 2013 e s.m.i. con il quale sono state rideterminate, a far data dal 1° giugno 2013, le tariffe per le prestazioni erogate in regime di Day Service;
- Vista** la delibera n. 218 con la quale la Giunta regionale nella seduta del 27 giugno 2013 ha apprezzato il Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo 2013/2015 delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Servizio Sanitario Regionale, in prosecuzione del Programma Operativo 2010/2012, proposto ai sensi dell’art. 11 del D.L. 31.05.2010 n. 78 convertito in legge 30.07.2010 n. 122, adottato con DA n.476 del 26 marzo 2014 e s.m.i. e della sua prosecuzione con il *“Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema Sanitario Regionale 2016-2018”* approvato con DA n.2135 del 31/10/2017;
- Visto** il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, giusta Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 10 luglio 2014 che introduce i principi a garanzia dell’equilibrio economico e finanziario dell’intero sistema sanitario nazionale e gli obiettivi finalizzati al miglioramento della qualità dei servizi e dell’appropriatezza delle prestazioni;
- Visto** il comma 3, dell’articolo 6 del Decreto-Legge 30 dicembre 2015, n.210 *“Proroga di termini previsti da disposizioni legislative”* (mille proroghe) convertito, con modificazioni, in Legge 25 febbraio 2016, n.21, pubblicato sulla GURI n. 47 del 26.02.2016;
- Visto** il comma 2 dell’ art. 9-septies del decreto legge n. 78/2015, in base al quale: *“Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di salvaguardare i livelli essenziali di assistenza, possono comunque conseguire l’obiettivo economico-finanziario di cui al comma 1 anche adottando misure alternative, purché assicurino l’equilibrio del bilancio sanitario con il livello del finanziamento ordinario;*
- Visto** il D.A. n. 22 dell’11 gennaio 2019 *“Adeguamento della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 2 aprile 2015, n.70”*;
- Visto** il D.A. n. 631 del 12 aprile 2019, pubblicato nella GURS Parte I, n. 18 del 26 aprile 2019, con il quale è stato recepito il *“Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021”* ed è stato approvato e adottato il *“Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021”*;
- 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;

Preso Atto degli esiti del confronto tenutosi nelle date del 6 e dell'8 agosto 2019, con i rappresentanti regionali delle associazioni di categoria maggiormente rappresentative (Associazione italiana dell'Ospedalità Privata - A.I.O.P.), ai sensi dell'art. 25, comma 4, della L.r. n. 5/2009, in merito ai contenuti di cui al presente decreto, di cui è stato redatto apposito verbale controfirmato dalle parti;

Vista la Legge n.208 del 28 dicembre 2015 (legge di stabilità 2016) che all'articolo 1, comma 574, lett. a) ha modificato il comma 14 dell'art. 15 del Decreto-Legge n. 95 del 6 luglio 2012, convertito con modificazioni, dalla Legge 7 Agosto 2012 n.135 e s.m.i., apportando le seguenti variazioni: "A tutti i contratti e agli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014...omissis";

Considerato, conseguentemente, che l'aggregato di spesa annua per l'assistenza ospedaliera da privato, per effetto dell'applicazione del comma 14 dell'art. 15 del D.L. 95/2012, convertito con modifiche nella Legge 7 Agosto 2012 n.135 e s.m.i., anche per l'anno 2019, si attesta in euro **469.660.000,00**, come esposto nella seguente tabella:

	<i>Totale spesa sostenuta nel 2011</i>	<i>Aggregato 2019 = spesa 2011 -2%</i>
<i>Attività ordinaria di ricovero</i>	463.738.000,00	454.463.000,00
<i>Mobilità attiva</i>	8.657.000,00	8.484.000,00
<i>Mobilità passiva</i>	6.850.000,00	6.713.000,00
TOTALE	479.245.000,00	469.660.000,00

Visto il DA n. 1936 del 5 ottobre 2017 con il quale sono stati determinati gli aggregati di spesa regionale e provinciale per l'assistenza ospedaliera da privato per il biennio 2017-2018;

Visto il successivo DA n. 1461 del 9 agosto 2018 con il quale, per effetto delle determinazioni contenute nella transazione recepita con DDG n.1255 del 10/07/2018, è stato rideterminato, tra l'altro, l'aggregato di spesa regionale e provinciale per l'anno 2018 per l'assistenza ospedaliera da privato, in complessivi euro **477.048.750,00**, risultando lo stesso così composto:

	<i>Aggregato regionale di cui al DA n.1461/2018</i>
<i>Attività ordinari di ricovero</i>	464.750.690,00
<i>Aggregato trapianti di midollo osseo</i>	1.090.000,00
<i>Aggregato trapianti di cornea</i>	208.060,00
<i>Mobilità attiva extra- regione</i>	7.000.000,00
Totale	473.048.750,00
<i>Alta Complessità</i>	4.000.000,00
Totale	477.048.750,00

Preso Atto del contenuto del citato DDG n.1255 del 10/07/2018 con il quale è stato approvato l'atto di transazione e bonario componimento del 9 luglio 2018, sottoscritto dal Dirigente Generale del Dipartimento Pianificazione Strategica pro-tempore e dal Dirigente Generale del Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico pro-tempore di questo Assessorato, dal Direttore Sanitario f.f. di Direttore Generale dell'ASP di Siracusa e dal Rappresentante Legale della società Arcobaleno s.r.l., in cui, all'articolo 1, si conviene che: *"L'aggregato di spesa per l'assistenza ospedaliera da privato a decorrere dall'anno 2018, da assegnare alla provincia di Siracusa, relativo alla branca della riabilitazione ospedaliera, sarà incrementato, per effetto della presente transazione, della somma di € 3.177.504,00 da destinare alla contrattualizzazione di 40 posti letto ad indirizzo riabilitativo della casa di cura Villa Aurelia di cui è titolare la società Arcobaleno.*

Resta inteso tra le parti che il parametro della somma di € 3.177.504,00 è correlato ad un intero anno di attività e, pertanto, nel primo anno di valenza del presente accordo, l'assegnazione delle somme destinate all'aggregato della provincia di Siracusa per la contrattualizzazione della struttura di che trattasi verrà proporzionalmente ridotta e rimodulata in termini di dodicesimi in corrispondenza ai mesi successivi alla data di comunicazione da parte dell'ASP dell'avvio della relativa attività.";

Considerato che, per effetto delle determinazioni contenute nella transazione, giusta DDG n.1255 del 10/07/2018, si rende necessario rideterminare l'aggregato provinciale destinato all'attività di riabilitazione dell'ASP di Siracusa, già in parte riconosciuto con il DA n. **1461 del 9 agosto 2018**, nella misura di ulteriori euro **1.588.754,00**, da destinare alla società Arcobaleno s.r.l. di Siracusa;

Preso Atto del DDG n.1776 del 05/10/2018 con il quale è stato approvato l'atto di Addendum del 2 ottobre 2018 alla transazione stipulata il 21 maggio 2015 e sottoscritto dal Dirigente Generale del Dipartimento Pianificazione Strategica pro-tempore e dal Rappresentante Legale della società Ginnic Club Vanico srl, in cui, all'articolo 1, si conviene che: *"...omissis...L'aggregato di spesa per l'assistenza ospedaliera da privato della provincia di Trapani relativo alla branca di riabilitazione, a decorrere dall'anno 2019, sarà incrementato, per effetto della presente scrittura, della somma di € 1.191.564,00 da destinare alla contrattualizzazione, da parte della stessa ASP di ulteriori n.15 posti letto della Casa di Cura ad indirizzo riabilitativo gestita dalla società ubicata in Castelvetrano, in viale dei Templi n.116".*

Considerato, conseguentemente, che per effetto delle determinazioni contenute nell'atto di Addendum del 2 ottobre 2018 alla transazione stipulata il 21 maggio 2015, approvato con DDG n.1776 del 05/10/2018, occorre rideterminare l'aggregato provinciale destinato all'attività di riabilitazione dell'ASP di Trapani, nella misura di ulteriori euro **1.191.564,00**, da destinare alla società Ginnic Club Vanico s.r.l.;

Ritenuto di confermare anche per l'anno 2019, l'aggregato regionale specifico, pari a euro **1.298.060,00**, destinato quale incentivo agli interventi di trapianto di organo e tessuti, da ripartire in proporzione alla valorizzazione della produzione dei trapianti effettuati dalle strutture private nel corso dell'anno 2018, come comunicati dall'Area Interdipartimentale 4 di questo Assessorato con mail del 5/8/2019 ed esposti nella tabella che segue. Il suddetto aggregato regionale è destinato per l'importo di euro **1.113.060,00**, alle prestazioni di trapianto di *midollo osseo* e, per l'importo pari a euro **185.000,00**, alle prestazioni di trapianto di *cornea*, assegnando tali somme alle ASP provinciali in cui sussistono le strutture erogatrici di tali prestazioni, in misura proporzionale alle suddette produzioni valorizzate per l'anno 2018 dalle corrispondenti Case di Cura erogatrici delle relative prestazioni, come indicato nella tabella sottostante:

<i>AZIENDA</i>	<i>Produzione 2018 delle Case di Cura per trapianti di Midollo Osseo</i>	<i>Produzione 2018 delle Case di Cura per trapianti di cornea</i>	<i>ANNO 2019 Quota attribuita per Trapianti di midollo osseo sui dati 2018</i>	<i>ANNO 2019 Quota attribuita per Trapianti di cornea sui dati 2018</i>	<i>TOTALE</i>
<i>ASP di AGRIGENTO</i>			0,00	0,00	0,00
<i>ASP di CALTANISSETTA</i>			0,00	0,00	0,00
<i>ASP di CATANIA</i>	3.239.990,00	23.986,72	325.000,00	26.000,00	351.000,00
<i>ASP di MESSINA</i>			0,00	0,00	0,00
<i>ASP di PALERMO</i>	7.855.241,00	146.634,98	788.060,00	159.000,00	947.060,00
<i>ASP di RAGUSA</i>			0,00	0,00	0,00
<i>ASP di SIRACUSA</i>			0,00	0,00	0,00
<i>ASP di TRAPANI</i>			0,00	0,00	0,00
<i>Totale complessivo</i>	11.095.231,00	170.621,70	1.113.060,00	185.000,00	1.298.060,00

Ritenuto, di riconfermare, anche per l'anno 2019, l'aggregato di spesa destinato alle prestazioni di ricovero per acuti e post-acuti da erogare in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva), pari ad euro **7.000.000,00**, ripartito in ambito provinciale, in misura pari a quella indicata nel DA n.1936 del 5 ottobre 2017 e riconfermato con D.A. n.1461 del 9 agosto 2018, come di seguito indicato:

<i>AZIENDA</i>	<i>Aggregato per mobilità attiva</i>
<i>ASP DI AGRIGENTO</i>	56.000,00
<i>ASP DI CALTANISSETTA</i>	64.000,00
<i>ASP DI CATANIA</i>	1.329.000,00
<i>ASP DI MESSINA</i>	4.461.000,00
<i>ASP DI PALERMO</i>	672.000,00
<i>ASP DI RAGUSA</i>	95.000,00
<i>ASP DI SIRACUSA</i>	160.000,00
<i>ASP DI TRAPANI</i>	163.000,00
<i>TOTALE</i>	7.000.000,00

Stabilito, che le Aziende Sanitarie Provinciali, territorialmente competenti, assegneranno il budget alle singole strutture (Case di Cura), per le prestazioni di ricovero in regime di acuzie e post acuzie in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale), in proporzione alla produzione per prestazioni di bassa, media e alta complessità, rese in mobilità attiva nell'anno 2018 da ciascuna struttura e, comunque, entro il limite massimo invalicabile dei tetti di spesa provinciali sopra riportati.

Ai fini della remunerazione delle prestazioni erogate in mobilità attiva, sia per i ricoveri per acuti che per le prestazioni di riabilitazione e/o di lungodegenza, ai cittadini provenienti da altre Regioni, si riconoscerà la corrispondente tariffa regionale vigente nella misura del 100%, in conformità alle osservazioni avanzate in più occasioni dal Ministero della Salute in merito all'applicazione dell'articolo 25 della L.R. n.5/2009, comma 1 lett. f) e s.m.i..

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

Le eventuali economie che si prevede possano realizzarsi nell'ambito di ciascun aggregato provinciale per la mobilità attiva "extra regione" dovranno essere ridistribuite in favore di quelle strutture della stessa provincia che registrano tendenzialmente una maggiore produzione per la stessa attività "extra regione", rispetto al budget assegnato, a condizione che i Direttori Generali delle ASP, attraverso motivate ed accertate esigenze, provvedano a rinegoziare, entro e non oltre il 30 novembre 2019, i budget delle strutture, senza che questo influenzi o determini automatismi nella determinazione dei budget per l'anno successivo;

Considerato che è volontà regionale promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, migliorando in particolare l'appropriatezza organizzativa, orientando l'attività di ricovero verso forme che rispondano maggiormente ai bisogni della popolazione assistita, e segnatamente verso prestazioni a maggiore complessità, adottando misure dirette alla riduzione del crescente saldo negativo di mobilità extra regione;

Preso atto di quanto previsto alla lett.b), dell'articolo 1, comma 574, della suddetta Legge n.208 del 28 dicembre 2015, che consente delle deroghe ai limiti imposti dalla Spending Review, per incentivare le prestazioni di ricovero di Alta Specialità e le prestazioni di ricovero erogate dagli IRCCS privati a residenti di altre regioni e ricomprese negli accordi bilaterali tra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale (cd. accordi di confine);

Preso atto, altresì, di quanto ulteriormente disposto al comma 574, art. 1, della L. n.208/2015 il quale prevede che: *"Al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga di cui al periodo precedente, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adottare misure alternative, volte, in particolare, a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza, acquistate dagli erogatori privati accreditati, in misura tale da assicurare il rispetto degli obiettivi di riduzione di cui al primo periodo, nonché gli obiettivi previsti dall'articolo 9-quater, comma 7, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125"*;

Vista la nota prot. n.62664 del 6 agosto 2019 del Dipartimento Pianificazione Strategica di questo Assessorato indirizzata a tutte le AA.SS.PP. della Sicilia;

Tenuto conto di quanto convenuto nel corso degli incontri con i rappresentanti di categoria maggiormente rappresentativi e per le ragioni in tale sede rappresentate, di prevedere, esclusivamente per l'anno 2019, un aggregato aggiuntivo in deroga a quanto disposto dall'art. 15, comma 14, del D.L. 6 luglio 2012, n.95 e s.m.i., per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, così come definita dall'art.1, comma 574, della legge 28 dicembre 2015, n.208, da erogare in favore di cittadini non residenti in Sicilia, commisurato al solo valore incrementale delle suddette prestazioni rese per alta complessità nell'anno 2019 rispetto alla medesima produzione per l'anno 2016. L'aggregato regionale è correlato alla sola parte incrementale della produzione tra le due annualità prese in considerazione, da assegnare, a livello provinciale, unicamente a quelle ASP che, nell'anno 2019, registrano un incremento della produzione per alta specialità erogata a pazienti provenienti da altre regioni, rispetto all'anno 2016, atteso che solo l'eventuale incremento rilevato può rappresentare il vero valore aggiunto favorevole al contrasto del crescente saldo negativo di mobilità extraregionale;

Rilevato che, sulla base dei dati trasmessi dall'Area Interdipartimentale 4 di questo Assessorato con mail del 5/8/2019, i valori della produzione in incremento, stimati al 31/12/2019, rispetto all'anno 2016, si registrano nelle Aziende sanitarie provinciali di Caltanissetta, Catania, Messina, Palermo, Siracusa e Trapani nel cui ambito territoriale, operano strutture private erogatrici di prestazioni di ricovero per l'alta specialità in mobilità attiva extraregione;

Considerato che le attuali previsioni programmatiche in merito al raggiungimento dell'equilibrio economico del Sistema sanitario regionale elaborate nel redigendo Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo per gli anni 2019-2021, da trasmettere ai Ministeri affiancanti, consentono di stabilire nella misura massima di euro 1.000.000,00, l'ammontare dell'aggregato aggiuntivo da destinare alla remunerazione della eventuale parte incrementale della produzione di assistenza ospedaliera da privato per alta specialità, che sarà resa per l'anno 2019 rispetto alla medesima tipologia di prestazioni erogata nell'anno 2016;

Stabilito, pertanto, di ripartire l'aggregato regionale di euro 1.000.000,00, tra le seguenti Aziende sanitarie provinciali:

AZIENDA	AGGREGATI ANNO 2019 x extra regione prest. Alta Complessità
ASP DI CALTANISSETTA	11.000,00
ASP DI CATANIA	94.000,00
ASP DI MESSINA	686.000,00
ASP DI PALERMO	123.000,00
ASP DI SIRACUSA	77.000,00
ASP DI TRAPANI	9.000,00
TOTALE	1.000.000,00

Considerato che la singola struttura potrà accedere all'aggregato aggiuntivo per le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità erogate dalle stesse a favore di cittadini non residenti solo in presenza di eventuale incremento delle stesse prestazioni erogate nell'anno 2019 rispetto all'anno 2016, al netto degli abbattimenti derivante dai controlli operati dalla rispettiva azienda sanitaria territorialmente competente. Pertanto, le strutture che, nell'anno 2019, non registreranno il suddetto incremento delle prestazioni di alta complessità rispetto all'anno 2016 in favore di cittadini non residenti, non potranno far valere alcun diritto sull'aggregato aggiuntivo di cui sopra.

Stabilito, inoltre, che l'aggregato aggiuntivo remunera esclusivamente la quota parte incrementale, rispetto all'anno 2016, delle prestazioni erogate nell'anno 2019, per l'alta complessità in mobilità attiva extraregione, le stesse dovranno essere prioritariamente ricomprese nell'ambito del singolo budget contrattualmente attribuito per le prestazioni da erogare ai pazienti in mobilità attiva extra regione, come determinato con il presente provvedimento.

L'aggregato aggiuntivo fissato per l'anno 2019 non potrà far sorgere in capo ai singoli soggetti erogatori alcun diritto acquisito o legittimo affidamento a vedersi riconosciuto lo stesso anche negli anni successivi. Il budget assegnato per le prestazioni ospedaliere a favore di cittadini residenti non potrà essere utilizzato per le prestazioni ai non residenti e viceversa.

Ritenuto, pertanto, al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità, di avvalersi della deroga ai limiti di spesa imposti dall'art.15, comma 14, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 e s.m.i., concessa per l'alta specialità dall'articolo 1, comma 574, lett. b) della Legge n.208/2015, garantendo contestualmente l'invarianza dell'effetto finanziario complessivo del sistema nel redigendo Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo per gli anni 2019-2021, mediante le seguenti misure alternative di risparmio di spesa, in aggiunta a quelle derivanti dall'applicazione completa della normativa in materia di "Spendig review" di cui al comma 14, dell'art. 15 del Decreto-Legge n. 95 del 6 luglio 2012, convertito con modificazioni, dalla Legge 7 Agosto 2012 n.135 e s.m.i:

- la revisione ed efficientamento della politica del farmaco già avviata con l'emanazione del D.A. n. 1634 del 29 luglio 2019, relativo alla determinazione delle soglie prescrittive, per il triennio 2019-2021, per l'assistenza farmaceutica convenzionata, da cui si stima un risparmio di spesa netto per l'anno 2019 di circa 9 milioni di euro;
- la soglia massima di prestazioni di bassa complessità e/o potenzialmente inappropriate erogate in mobilità attiva deve ridursi, rispetto alla produzione per pazienti fuori regione dell'anno 2018, per ciascuna struttura, di un ulteriore 10% per cento per l'anno 2019, rispetto alle percentuali già indicate nel D.A. n.1461 del 9 agosto 2018, ad eccezione dei ricoveri in urgenza;
- deve effettuarsi la verifica dell'appropriatezza attraverso il controllo analitico delle cartelle cliniche da parte dei NOC delle ASP sulla totalità delle cartelle dei pazienti residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza con applicazione dei relativi abbattimenti;

–il valore che potrà riconoscersi alle Case di Cura per eventuali prestazioni erogate in eccedenza ai residenti fuori regione, oltre il tetto di euro 7.000.000,00 e, comunque, entro il limite di euro 1.000.000,00, per remunerare esclusivamente la parte incrementale delle prestazioni di alta complessità, così come definita dalla Legge n.208/2015, saranno eventualmente riconosciute alle Case di Cura, in proporzione alla produzione incrementale effettuata, solo nei tempi ed agli esiti delle procedure di compensazione fra le Regioni interessate alla mobilità attiva/passiva;

Ritenuto, pertanto, di assumere, per l'anno 2019, i medesimi tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera da privato previsti nel DA n. 1936 del 5 ottobre 2017 e nel successivo DA n. 1461 del 9 agosto 2018, sui quali, per le ragioni precedentemente esposte, sono apportate le seguenti rettifiche, con conseguente rideterminazione del tetto di spesa regionale per l'assistenza ospedaliera da privato per l'anno 2019 in complessivi euro **476.829.068,00**, che risulta, quindi, così composto:

	<i>Aggregato regionale di cui al DA n.1461/2018</i>	<i>Variazioni</i>	<i>Aggregato 2019</i>
<i>Attività ordinari di ricovero</i>	464.750.690,00	2.780.318,00	467.531.008,00
<i>Aggr.trapianti di midollo osseo e cornea</i>	1.298.060,00		1.298.060,00
<i>Mobilità attiva extra- regione</i>	7.000.000,00		7.000.000,00
Totale	473.048.750,00		475.829.068,00
<i>Alta Complessità</i>	4.000.000,00	-3.000.000,00	1.000.000,00
Totale	477.048.750,00		476.829.068,00

Considerato che nel corso dell'anno 2019, talune strutture private convenzionate con il SSR, in coerenza al D.A. n.22 dell'11/01/2019 ed a seguito di autorizzazione da parte del competente Dipartimento ASOE di questo Assessorato, hanno effettuato delle parziali rimodulazioni nella composizione dei posti letto da Acuti a post acuti e/o da lungodegenza a riabilitazione, e che tali spostamenti pur non avendo alcun impatto sugli aggregati di spesa provinciali, quali tetti massimi di spesa invalicabili, hanno refluenza sulla composizione dei sub - aggregati;

Stabilito, pertanto, di ripartire l'aggregato regionale destinato all'attività ordinaria di ricovero, pari ad euro **467.531.008,00**, nei seguenti aggregati provinciali, suddivisi nei rispettivi sub-aggregati distinti per tipologia di p.l.:

AZIENDA	QUOTA LUNGODE- GENZA	QUOTA RIABILI- TAZIONE	QUOTA RICOVERI ORDINARI	AGGREGATO 2019
<i>ASP DI AGRIGENTO</i>	-	-	12.291.000,00	12.291.000,00
<i>ASP DI CALTANISSETTA</i>	-	4.130.600,00	10.775.400,00	14.906.000,00
<i>ASP DI CATANIA</i>	1.971.500,00	32.665.300,00	119.259.200,00	153.896.000,00
<i>ASP DI MESSINA</i>	609.900,00	8.658.700,00	59.597.400,00	68.866.000,00
<i>ASP DI PALERMO</i>	2.370.714,00	7.480.950,00	140.540.336,00	150.392.000,00
<i>ASP DI RAGUSA</i>	-	3.111.100,00	5.713.900,00	8.825.000,00
<i>ASP DI SIRACUSA</i>	-	7.149.404,00	32.238.100,00	39.387.504,00
<i>ASP DI TRAPANI</i>	-	5.719.504,00	13.248.000,00	18.967.504,00
sub totale	4.952.114,00	68.915.558,00	393.663.336,00	467.531.008,00

Stabilito, pertanto, che:

- le Aziende Sanitarie Provinciali, nella determinazione dei budget da assegnare per l'anno 2019 alle Case di Cura, dovranno tenere conto dei tetti di spesa provinciali di cui alla precedente tabella, distinguendo, nell'ambito del rispettivo contratto, le quote da destinare all'attività di ricovero per acuti, lungodegenza e riabilitazione, fermo restando che, anche ove siano intervenute rimodulazioni nel numero e nella tipologia dei posti letto, e previa verifica dell'effettiva data di attivazione degli stessi, è da intendersi confermato l'assegnazione del medesimo budget attribuito nell'anno precedente, quale tetto massimo invalicabile;
- le Aziende Sanitarie Provinciali possono autorizzare le singole Case di Cura con budget misto, a spostare, entro i limiti del budget complessivo assegnato dalla medesima ASP territorialmente competente, la minore produzione di attività verificatasi nelle tipologie di prestazioni relative a lungodegenza e riabilitazione, nella misura massima del 5%, in favore dell'attività per acuti, mentre in caso di minore produzione verificatasi nell'attività per acuti, lo spostamento è consentito, nella misura massima del 10%, in favore delle tipologie di attività relative alla lungodegenza ed alla riabilitazione;
- le eventuali economie che si realizzino nell'ambito dell'aggregato di spesa provinciale destinato all'attività ordinaria di ricovero per ciascuna tipologia, come sopra determinato, devono essere ridistribuite all'interno dello stesso, a condizione che i Direttori Generali delle ASP, attraverso motivate ed accertate esigenze, provvedano a rinegoziare, entro e non oltre il 30 novembre 2019, i budget delle strutture, senza che questo influenzi o determini automatismi nella determinazione dei budget per l'anno successivo;
- le Case di Cura potranno erogare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ad eccezione delle prestazioni di laboratorio di analisi, esclusivamente nell'ambito della presa in carico dei pazienti e per assicurare la continuità assistenziale degli stessi per l'episodio di malattia che ha determinato il ricovero, nonché per le prestazioni ad esso correlate, senza alcuna estensione diretta o indiretta del rapporto contrattuale in essere e nel limite massimo del 3% del budget che sarà assegnato per effetto del presente decreto;

Visto l'art. 68 della legge regionale 12/08/2014, n. 21 e s.m.i.;

DECRETA

Per le motivazioni richiamate in premessa, da intendersi qui di seguito integralmente riportate:

Art. 1 – L'aggregato regionale per l'assistenza ospedaliera da privato per l'anno 2019 delle Case di Cura è determinato in complessivi euro **476.829.068,00**, importo che costituisce tetto massimo di spesa per tali prestazioni e lo stesso risulta così composto:

- aggregato destinato all'attività ordinaria di ricovero;
- aggregato destinato ai trapianti di midollo osseo ed ai trapianti di cornea;
- aggregato destinato alla mobilità attiva extra regione;
- aggregato aggiuntivo alle prestazioni in mobilità attiva di alta complessità.

Il suddetto aggregato, con i correlati importi, è rappresentato nella tabella sottostante ed è esplicitato nei successivi articoli del presente provvedimento:

	Aggregato 2019
<i>Attività ordinari di ricovero</i>	467.531.008,00
<i>Aggr.to trapianti di midollo osseo e cornea</i>	1.298.060,00
<i>Mobilità attiva extra- regione</i>	7.000.000,00
Totale	475.829.068,00
<i>Alta Complessità</i>	1.000.000,00
Totale	476.829.068,00

Art. 2 - L'aggregato di spesa regionale da destinare all'assegnazione dei budget per l'attività ordinaria di ricovero alle Case di cura accreditate già contrattualizzate, per l'anno 2019 è fissato in complessivi euro **467.531.008,00**, ed è ripartito nei seguenti aggregati provinciali e suddiviso nei rispettivi sub-aggregati per tipologia di p.l.:

AZIENDA	QUOTA LUNGODEGENZA	QUOTA RIABILITAZIONE	QUOTA RICOVERI ORDINARI	AGGREGATO 2019
<i>ASP DI AGRIGENTO</i>	-	-	12.291.000,00	12.291.000,00
<i>ASP DI CALTANISSETTA</i>	-	4.130.600,00	10.775.400,00	14.906.000,00
<i>ASP DI CATANIA</i>	1.971.500,00	32.665.300,00	119.259.200,00	153.896.000,00
<i>ASP DI MESSINA</i>	609.900,00	8.658.700,00	59.597.400,00	68.866.000,00
<i>ASP DI PALERMO</i>	2.370.714,00	7.480.950,00	140.540.336,00	150.392.000,00
<i>ASP DI RAGUSA</i>	-	3.111.100,00	5.713.900,00	8.825.000,00
<i>ASP DI SIRACUSA</i>	-	7.149.404,00	32.238.100,00	39.387.504,00
<i>ASP DI TRAPANI</i>	-	5.719.504,00	13.248.000,00	18.967.504,00
sub totale	4.952.114,00	68.915.558,00	393.663.336,00	467.531.008,00

Art. 3 – Nell'ambito del tetto di spesa provinciale di cui al precedente art. 2, sarà cura di ogni singola ASP, suddividere, in sede di contrattualizzazione con ciascuna Casa di Cura, il rispettivo aggregato, come sopra assegnato, nelle diverse tipologie di prestazioni di ricovero ospedaliero per "acuti", "lungodegenza" e "riabilitazione", tenendo conto, per talune di esse, delle modifiche intervenute nella composizione del numero e della tipologia dei posti letto, correlando il relativo budget da attribuire all'effettiva data di attivazione degli stessi, fermo restando l'assegnazione del medesimo budget attribuito nell'anno precedente ad ogni singolo erogatore privato che costituisce il tetto massimo invalicabile;

Art. 4 – Alle Case di Cura con budget misto è consentito di spostare, entro i limiti del budget complessivo assegnato, la minore produzione di attività verificatasi nelle tipologie di prestazioni relative a lungodegenza e riabilitazione, nella misura massima del 5% in favore dell'attività per acuti, mentre in caso di minore produzione verificatasi nell'attività per acuti, lo spostamento è consentito nella misura massima del 10%, ed entro i limiti del budget complessivo, in favore delle tipologie di attività relative alla lungodegenza ed alla riabilitazione.

Le eventuali economie che si realizzino nell'ambito di ciascun aggregato di spesa provinciale definiti dall'ASP ai sensi del superiore art.3, destinato all'attività ordinaria di ricovero per ciascuna tipologia, dovranno essere ridistribuite prioritariamente all'interno dello stesso aggregato di spesa, a condizione che i Direttori Generali delle ASP attraverso motivate ed accertate esigenze, provvedano a rinegoziare, entro e non oltre il 30 novembre 2019, i budget delle strutture senza che questo influenzi o determini automatismi nella definizione del budget per l'anno successivo.

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

Art. 5 - E' fissato un aggregato specifico, pari a euro **1.298.060,00**, destinato ad incentivare gli interventi di trapianti di organo e tessuti, ripartito, per un importo pari a euro **1.113.060,00**, per le prestazioni di trapianto di midollo osseo e, per un importo pari a euro **185.000,00**, per le prestazioni di trapianto di cornea, assegnando tali somme, sia in ambito provinciale sia a ciascuna Casa di Cura, in proporzione alle relative produzioni nell'anno 2018, come indicato nella tabella sottostante:

<i>AZIENDA</i>	<i>ANNO 2019 Quota attribuita per Trapianti di midollo osseo sui dati 2018</i>	<i>ANNO 2019 Quota attribuita per Trapianti di cornea sui dati 2018</i>	<i>TOTALE</i>
<i>ASP di CATANIA</i>	<i>325.000,00</i>	<i>26.000,00</i>	<i>351.000,00</i>
<i>ASP di PALERMO</i>	<i>788.060,00</i>	<i>159.000,00</i>	<i>947.060,00</i>
<i>Totale complessivo</i>	<i>1.113.060,00</i>	<i>185.000,00</i>	<i>1.298.060,00</i>

Art. 6 – le Aziende Sanitarie Provinciali, territorialmente competenti, assegneranno, nell'anno 2019, il budget alle singole Case di Cura, per le prestazioni di ricovero in regime di acuzie e post acuzie erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale), in proporzione alla produzione per prestazioni di bassa, media e alta complessità, rese in mobilità attiva nell'anno 2018 da ciascuna struttura e, comunque, entro il limite massimo invalicabile dei tetti di spesa provinciali sotto riportati, fissati nella medesima misura di quelli di cui al DA n.1936 del 5 ottobre 2017 e riconfermati con D.A. n.1461 del 9 agosto 2018:

<i>AZIENDA</i>	<i>Aggregato per mobilità attiva</i>
<i>ASP DI AGRIGENTO</i>	<i>56.000,00</i>
<i>ASP DI CALTANISSETTA</i>	<i>64.000,00</i>
<i>ASP DI CATANIA</i>	<i>1.329.000,00</i>
<i>ASP DI MESSINA</i>	<i>4.461.000,00</i>
<i>ASP DI PALERMO</i>	<i>672.000,00</i>
<i>ASP DI RAGUSA</i>	<i>95.000,00</i>
<i>ASP DI SIRACUSA</i>	<i>160.000,00</i>
<i>ASP DI TRAPANI</i>	<i>163.000,00</i>
<i>TOTALE</i>	<i>7.000.000,00</i>

Ai fini della remunerazione delle prestazioni erogate in mobilità attiva, sia per i ricoveri per acuti che per le prestazioni di riabilitazione e/o di lungodegenza, ai cittadini provenienti da altre Regioni, si riconoscerà la corrispondente tariffa regionale vigente nella misura del 100%, in conformità alle osservazioni avanzate in più occasioni dal Ministero della Salute in merito all'applicazione dell'articolo 25 della L.R. n.5/2009, comma 1 lett. f) e s.m.i..

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

Le eventuali economie che si realizzino nell'ambito di ciascun aggregato provinciale per la mobilità attiva "extra regione" dovranno essere ridistribuite in favore di quelle strutture della stessa provincia che hanno registrato una maggiore produzione per la stessa attività "extra regione", rispetto al budget assegnato, a condizione che i Direttori Generali delle ASP, attraverso motivate ed accertate esigenze, provvedano a rinegoziare, entro e non oltre il 30 novembre 2019, i budget delle strutture, senza che questo influenzi o determini automatismi nella determinazione dei budget per l'anno successivo;

Art. 7 – Al fine di valorizzare il ruolo dell’alta specialità, avvalendosi della deroga ai limiti di spesa concessa per l’alta specialità dall’articolo 1, comma 574, lett. b) della Legge n.208/2015, è determinato, per l’anno 2019, un aggregato regionale aggiuntivo pari ad euro **1.000.000,00** per l’acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità da erogare in favore di cittadini non residenti in Sicilia correlato all’incremento della suddetta produzione prevista per ciascuna ASP nell’anno 2019, rispetto alla medesima rilevata nell’anno 2016. Il suddetto aggregato, destinato esclusivamente alle prestazioni di alta complessità in favore di cittadini non residenti, è così ripartito:

<i>AZIENDA</i>	<i>AGGREGATI ANNO 2019 x extra regione prest. Alta Complessità</i>
<i>ASP DI CALTANISSETTA</i>	<i>11.000,00</i>
<i>ASP DI CATANIA</i>	<i>94.000,00</i>
<i>ASP DI MESSINA</i>	<i>686.000,00</i>
<i>ASP DI PALERMO</i>	<i>123.000,00</i>
<i>ASP DI SIRACUSA</i>	<i>77.000,00</i>
<i>ASP DI TRAPANI</i>	<i>9.000,00</i>
TOTALE	1.000.000,00

La singola struttura potrà accedere all’aggregato aggiuntivo per le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità erogate dalle stesse a favore di cittadini non residenti solo in presenza di eventuale incremento delle stesse prestazioni erogate nell’anno 2019 rispetto all’anno 2016, al netto degli abbattimenti operati dalla rispettiva azienda sanitaria competente in sede dei controlli sanitari previsti dalle vigenti disposizioni.

Pertanto, le strutture che, nell’anno 2019, non registreranno il suddetto incremento delle prestazioni di alta complessità rispetto all’anno 2016 in favore di cittadini non residenti, non potranno far valere alcun diritto sull’aggregato aggiuntivo di cui sopra.

L’aggregato aggiuntivo, previsto nel presente articolo, remunera esclusivamente la quota parte incrementale, rispetto all’anno 2016, delle prestazioni, erogate nell’anno 2019, per l’alta complessità in mobilità attiva extraregione. Conseguentemente, le prestazioni di alta complessità erogate a favore di cittadini non residenti dovranno essere prioritariamente ricomprese nell’ambito del singolo budget contrattualmente attribuito per le prestazioni da erogare ai pazienti in mobilità attiva extra regione, di cui all’art.6 del presente provvedimento.

L’aggregato aggiuntivo fissato per l’anno 2019 non potrà far sorgere in capo ai singoli soggetti erogatori alcun diritto acquisito o legittimo affidamento a vedersi riconosciuto lo stesso anche negli anni successivi. Il budget assegnato per le prestazioni ospedaliere a favore di cittadini residenti non potrà essere utilizzato per le prestazioni ai non residenti e viceversa.

Ai sensi dall’articolo 1, comma 574, lett. b) della Legge n.208/2015, al fine di garantire l’invarianza dell’effetto finanziario complessivo del sistema nel redigendo Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo per gli anni 2019-2021, sono adottate le seguenti misure alternative di risparmio di spesa, in aggiunta a quelle derivanti dall’applicazione completa della normativa in materia di “*Spendig review*” di cui al comma 14, dell’art. 15 del Decreto-Legge n. 95 del 6 luglio 2012, convertito con modificazioni, dalla Legge 7 Agosto 2012 n.135 e s.m.i:

- la revisione e l’efficientamento della politica del farmaco già avviata con l’emanazione del D.A. n. 1634 del 29 luglio 2019, relativo alla determinazione delle soglie prescrittive, per il triennio 2019-2021, per l’assistenza farmaceutica convenzionata, da cui si stima un risparmio di spesa netto per l’anno 2019 di circa 9 milioni di euro;
- la soglia massima di prestazioni di bassa complessità e/o potenzialmente inappropriate erogate in mobilità attiva deve ridursi, rispetto alla produzione erogata per pazienti fuori regione nell’anno 2018, per ciascuna struttura, di un ulteriore 10% per cento per l’anno 2019, rispetto alle percentuali di riduzione già previste nel D.A. n.1461 del 9 agosto 2018, ad eccezione dei ricoveri in urgenza;

- la verifica dell'appropriatezza attraverso il controllo analitico delle cartelle cliniche da parte dei NOC delle ASP sulla totalità delle cartelle dei pazienti residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza con applicazione dei relativi abbattimenti;
- il valore che potrà riconoscersi alle Case di Cura per eventuali prestazioni erogate in eccedenza ai residenti fuori regione, oltre il tetto di euro 7.000.000,00 e, comunque, entro il limite di euro 1.000.000,00, remunererà esclusivamente la parte incrementale delle prestazioni di alta complessità, come definita dalla Legge n.208/2015, e saranno eventualmente riconosciute alle Case di Cura, in proporzione alla produzione incrementale effettuata, solo nei tempi ed agli esiti delle procedure di compensazione fra le Regioni interessate alla mobilità attiva/passiva;

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 dall'ultimo Patto della salute. In sede di stipula dei contratti con le singole Case di Cura, le Aziende individuano, riportandole nel contratto, le prestazioni relative a ricoveri inappropriati che la struttura si impegna a ridurre e le eventuali prestazioni che invece si impegna a rendere in modo rispondente ai criteri di appropriatezza e all'effettivo fabbisogno. Pertanto, i contratti da sottoscrivere tra le ASP e le Case di Cura private accreditate dovranno riportare, secondo la *mission* della struttura, il volume complessivo delle prestazioni contrattualizzate, il service-mix e il livello di appropriatezza delle procedure.

Art. 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, secondo i criteri indicati nel presente provvedimento. Si fa obbligo ai Direttori Generali di inviare all'Assessorato, nei 15 giorni successivi, in formato elettronico, i contratti sottoscritti con gli stessi erogatori nel rispetto degli aggregati di cui ai precedenti articoli, nonché i prospetti riassuntivi dei dati contrattuali secondo le indicazioni dell'Assessorato della Salute, per il successivo invio, attraverso il sistema documentale SIVEAS, ai Ministeri affiancanti.

Art. 10 - Ai fini della contrattualizzazione e della liquidazione delle prestazioni alle Case di Cura, le Aziende Sanitarie Provinciali procederanno alla preventiva verifica dei requisiti e a tutti gli adempimenti richiesti dalla normativa vigente. In particolare, dovranno vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate e accreditate.

Art. 11 - Le Aziende Sanitarie Provinciali, ai fini della stipula dei contratti con le Case di Cura relativi all'anno 2019 utilizzeranno lo schema di contratto di cui all'allegato "A" parte integrante del presente decreto. Le strutture sanitarie private accreditate che per qualunque motivo non intendano sottoscrivere il contratto di cui all'allegato "A", ne consegue, nel rispetto delle previsioni di cui all'articolo 7 e ss. della Legge 7 agosto 1990, n.241 e s.m.i., la cessazione della remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario regionale e la sospensione dell'accreditamento istituzionale, ai sensi dell'art. 8 quinquies, comma 2 quinquies del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.. Le Aziende Sanitarie Provinciali accantoneranno a valere sul corrispondente aggregato le somme relative al budget da attribuire alla struttura ricorrente, fino alla definizione dell'eventuale contenzioso.

Art. 12 - 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. I tracciati dovranno essere accompagnati da attestazione idonea a certificare la completezza e la qualità dei dati contenuti.

Art. 13 - E' fatto obbligo ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali di operare un costante e sistematico monitoraggio e controllo sull'andamento dell'attività erogata dalle Case di Cura e del rispetto delle condizioni previste dal contratto sottoscritto sulla base dello schema di cui all'allegato A al presente provvedimento, in esito alle procedure negoziali con le singole strutture erogatrici.

Art. 14 – Gli oneri che scaturiscono dal presente decreto trovano copertura nell'ambito delle risorse del fondo sanitario regionale assegnate, in sede di negoziazione, per quota capitaria alle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione Siciliana.

Art.15 - I limiti di spesa conseguenti dal presente decreto per ciascuna struttura nell'ambito dell'ASP di appartenenza hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del SSR rimane, infatti, obbligo dell'ASP territorialmente competente verificare prima della stipula dei contratti con i singoli operatori privati accreditati, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici, organizzativi e strutturali necessari per poter erogare prestazioni sanitarie con oneri a carico del SSR.

Art. 16 – Le disposizioni e gli aggregati di spesa contenuti nel presente decreto afferenti all'anno 2019 potranno subire variazioni per effetto di eventuali modifiche dei fabbisogni assistenziali per la medesima annualità, nonché a seguito di eventuali osservazioni rese dai Ministeri affiancanti, cui il presente provvedimento verrà inviato tramite il sistema documentale SIVEAS.

Art. 17 - Il presente decreto sarà notificato alle Aziende Sanitarie Provinciali e, da queste, a tutti i centri privati accreditati che erogano prestazioni di ricovero.

Il presente provvedimento, unitamente all'allegato "A", quale parte integrante dello stesso, è trasmesso alla G.U.R.S. per la relativa pubblicazione e, successivamente, al Responsabile del procedimento di pubblicazione dei contenuti sul sito istituzionale, a fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione on line, ai sensi della vigente normativa regionale.

Palermo, 16 OTT. 2019

 *Assessore*
An. Ruggiero/Razza

Contratto tra l'ASP di _____ e la Casa di Cura _____

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

Sono presenti

L'Azienda Sanitaria Provinciale di _____

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

Rappresentata dal Direttore Generale Dr. _____ nato a _____

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

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

E

La Casa di Cura _____ (*indicare la ragione sociale*) **codice struttura**

(obbligatorio) _____ Partita Iva: _____ Codice Fiscale (se diverso

dalla partita iva) _____ con sede in _____

(Prov.: _____ CAP: _____) Via _____ n. _____ Rappresentata dal/la

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. n. 445/2000 e s.m.i., dichiara:

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

- c) di essere in regola con la normativa in materia di antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute e di sicurezza sul lavoro;
- d) di rispettare gli obblighi normativi vigenti a carico dei datori di lavoro;

Per

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

Premesso

- che lo strumento indispensabile per garantire l'equilibrio finanziario del sistema sanitario regionale, secondo anche le peculiari esigenze derivanti dalla Programmazione Regionale e degli atti connessi e/o consequenziali, è dato dalla metodologia della fissazione dei tetti di spesa – e cioè di aggregati di risorse del Fondo sanitario regionale da destinare ai singoli comparti;
- che la Giunta regionale con delibera n. 218 del 27.6.2013 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 e s.m.i. e della sua prosecuzione con il "Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema Sanitario Regionale 2016-2018" approvato con DA n.1351 del 07/07/2017;
- che la disciplina recata nel presente contratto per _____ assorbe in sé e sostituisce quella relativa al periodo dal _____ alla data di sottoscrizione del presente contratto;
- che l'Azienda con nota di convocazione prot. n. _____ del _____ ha dato avvio al procedimento di negoziazione del budget individuale per _____;

Le parti come sopra individuate,

Visti

- l'art. 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, oggi AA.SS.PP., negoziano preventivamente con gli erogatori sanitari privati l'ammontare delle prestazioni erogabili per conto del servizio sanitario regionale nei limiti dei budget predeterminati dalla Regione, tenendo conto della qualità delle prestazioni erogate, della programmazione regionale, del fabbisogno di assistenza individuato dalla Regione e dei propri vincoli finanziari di bilancio;
- il D.A. n. 955 del 2 aprile 2010 che ha classificato le strutture sanitarie pubbliche e private del SSR in tre diverse fasce (A, B, C);
- il D.A. n. 496 del 13 marzo 2013 e s.m.i. concernente i controlli analitici delle cartelle cliniche (PACA);
- il D.A. n. 923 del 14 maggio 2013 con il quale è stato adottato a far data dal 1° giugno 2013 il nuovo tariffario per le prestazioni di ricovero;
- il D.A. n. 924 del 14 maggio 2013 e s.m.i. con il quale è stato adottato a far data dal 1° giugno 2013 il nuovo tariffario per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;

- il D.A. n. 954 del 17 maggio 2013 e s.m.i. con il quale sono state determinate le tariffe per l'erogazione in Day Service e fissati i criteri di abbattimento delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza;
- il D.A. n.587 dell'8 aprile 2019 di approvazione dell'allegato "Piano Annuale dei Controlli Analitici 2019 (PACA 2019)", il cui articolo 3 prevede che lo stesso sia vigente fino all'approvazione del successivo PACA;
- il DA n. _____/2019 con il quale vengono determinati gli aggregati di spesa per l'anno 2019 per l'assistenza ospedaliera da privato;

Stipulano quanto segue

Art. 1

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

Art. 2

1. L'ammontare del budget _____ attribuibile per l'attività ordinaria di ricovero (ai sensi degli articoli 2 e 3 del DA n. _____ del _____) alla Casa di Cura _____ per le prestazioni da erogare ai pazienti residenti nel territorio regionale siciliano, è determinato per l'anno 2019, in euro _____ comprensivo delle quote già assegnate alla data di sottoscrizione del presente contratto distinto:
 - a. PER ACUTI € _____;
 - b. PER RIABILITAZIONE € _____;
 - c. PER LUNGODEGENZA € _____.Alla Casa di Cura è consentito di spostare, entro i limiti del budget complessivo assegnato, la minore produzione di attività verificatasi nelle tipologie di prestazioni relative a lungodegenza e riabilitazione, nella misura massima del 5%, in favore dell'attività per acuti, mentre in caso di minore produzione verificatasi nell'attività per acuti, lo spostamento è consentito, nella misura massima del 10%, in favore delle tipologie di attività relative alla lungodegenza ed alla riabilitazione.
2. L'ammontare del budget _____ destinato agli interventi di trapianti di organo e tessuti (ai sensi dell'articolo 5 del DA n. _____ del _____) attribuibile alla Casa di Cura _____ per le prestazioni da erogare ai pazienti residenti nel territorio regionale siciliano, è determinato per l'anno 2019, in euro _____:
 - a. PER TRAPIANTI (midollo osseo) € _____;
 - b. PER TRAPIANTI (Cornea) € _____.
3. La Casa di Cura non potrà erogare nel 2019 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 nei commi precedenti, fermo restando che la Casa di Cura è soggetta all'osservanza della normativa nazionale e regionale in materia di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri.
4. La Casa di Cura si impegna a migliorare il livello di appropriatezza dei ricoveri, in particolare riducendo i ricoveri inappropriati afferenti ai seguenti DRG's:

-
-
-

3


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

-
-
-

5. Le eventuali economie che si realizzino nell'ambito dell'aggregato di spesa provinciale per l'attività ordinaria di ricovero, di cui al precedente punto 1, in ciascun aggregato per tipologia, devono essere redistribuite prioritariamente all'interno dello stesso, a condizione che i Direttori Generali delle ASP attraverso motivate ed accertate esigenze, provvedano a rinegoziare, entro e non oltre il 30 novembre 2019, i budget delle strutture, senza che questo influenzi o determini automatismi nella determinazione del budget per l'anno successivo.

6. E' attribuito, per l'anno 2019, per le prestazioni da erogare ai pazienti in mobilità attiva extra regione (ai sensi dell'articolo 6 del DA n. _____ del _____), un budget di euro _____, determinato in proporzione all'attività sanitaria prodotta nell'anno 2018 dalla Casa di Cura _____. Per il riconoscimento delle prestazioni erogate in mobilità attiva, si riconoscerà la corrispondente tariffa regionale vigente nella misura del 100%, in conformità alle osservazioni avanzate in più occasioni dal Ministero della Salute in merito all'applicazione dell'articolo 25 della l.r. n.5/2009, comma 1 lett. f) e s.m.i...

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

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

7. Al fine di programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, così come definita dall'art.1, comma 574, della legge 28 dicembre 2015, n.208, da erogare in favore di cittadini non residenti in Sicilia, è previsto un aggregato provinciale di euro _____ (ai sensi dell'articolo 7 del DA n. _____ del _____) da destinare alle prestazioni incrementali di *mobilità attiva di alta complessità*. La struttura potrà accedere al suddetto aggregato esclusivamente nel caso in cui le prestazioni di alta complessità dalla stessa erogate nell'anno 2019, in favore di cittadini non residenti, siano erogate in misura maggiore rispetto all'anno 2016.

Art. 3

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

Art. 4

1. La remunerazione delle prestazioni alla Casa di Cura _____ avverrà sulla base del tariffario regionale vigente, e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare, se non espressamente 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 2019 dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti.
3. La Casa di Cura _____ si impegna ad erogare le prestazioni, per le singole mensilità, mediamente in proporzione ai budget assegnati, in modo tale da garantire per il periodo di riferimento e quindi per l'intero anno l'assistenza sanitaria di propria competenza.
4. Le prestazioni eccedenti i limiti fissati per l'anno 2019 non potranno in alcun caso essere remunerate e ove fatturate, dovranno essere stornate con apposite note di credito di pari importo, fatto salvo quanto previsto al precedente comma 1.

Art. 5

1. A fronte delle prestazioni erogate, riconosciute e fatturate, l'ASP corrisponderà alla struttura privata _____ mensilmente un importo non superiore ad 1/12 del budget assegnato nell'anno 2019 detratta, sempre nella misura di 1/12, la quota corrispondente alle prestazioni inappropriate eventualmente non riconosciute nell'anno precedente rispetto al budget 2018. 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, nel rispetto degli obblighi normativi vigenti ai fini della liquidazione.
2. Per l'anno 2019, i conguagli e i pagamenti dei relativi saldi, ove dovuti, saranno effettuati come segue: entro e non oltre il 15 novembre per le prestazioni del 1°, 2° e 3° trimestre, entro il 15 marzo dell'anno successivo per le prestazioni del 4° trimestre e, ove necessario, dell'intero anno.
3. Ai fini della regolarità contabile, la liquidazione ed 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. 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 auto-emesso al soggetto contraente e all'Agenzia delle Entrate.

Art. 6

Le eventuali cessioni di credito a terzi, in forza del presente contratto, possono essere effettuate, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, soltanto in favore degli Enti Pubblici Previdenziali assistenziali ed assicurativi, 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

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

- a) denunciare all'Autorità Giudiziaria e/o agli Organi di Polizia ogni illecita richiesta di danaro, prestazione od altra utilità formulata anche prima della stipula del contratto o nel corso dell'esecuzione del contratto stesso, anche a propri agenti, rappresentanti o dipendenti e, comunque, ogni illecita interferenza specifi-

5


- camente nella fase di adempimento del contratto, o eventuale sottoposizione ad attività estorsiva o a tasso usuraio da parte di organizzazioni o soggetti criminali;
- b) rispettare puntualmente la normativa in materia di contratti di lavoro, di sicurezza nei luoghi di lavoro, in materia previdenziale;
 - c) rispettare integralmente le direttive assessoriali in materia di stipula dei contratti e precisamente prot. n. 1495 dell'11 febbraio 2009; prot. n. 2255 del 22 marzo 2010; prot. n. 3477 del 29 aprile 2010; prot. n.33084 del 28 settembre 2010 e prot. n. 38258 del 15 ottobre 2010;
 - d) erogare le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991;
 - e) ai sensi dell'articolo 1, comma 42, L. n. 190/2012, non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di AA.SS.PP e Regione che abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro;
 - f) porre in essere, con adeguata diligenza e tempestività, ogni attenta valutazione sulla possibilità dell'adozione di provvedimenti disciplinari e cautelari previsti dalla vigente contrattazione collettiva di riferimento, qualora un dipendente della struttura privata abbia riportato una condanna non definitiva per uno dei reati di cui all'articolo 15, comma 1, lett. a), della Legge 19 marzo 1990, n. 55 e s.m.i.. A tal fine la struttura sanitaria privata, avuta comunicazione certa della motivazione della sentenza, anche a seguito di comunicazione circostanziata da parte dell'Azienda Sanitaria Provinciale territorialmente competente, avvia le valutazioni entro una settimana comunicando comunque l'esito all'ASP entro e non oltre gg. 30 (trenta);
 - g) comunicare tempestivamente all'Azienda Sanitaria Provinciale le eventuali variazioni della compagine sociale ai fini della verifica dei requisiti di legge;
 - h) garantire il suo inserimento nel sistema unico di prenotazione sia a livello provinciale sia a livello regionale;
 - i) rispettare gli obblighi di pubblicità previsti dall'art. 41, comma 6, del D.Lgs 14/03/2013, n.33 e s.m.i;
 - j) rispettare la normativa in materia di trattamento dei dati personali di cui al "Regolamento UE" (GDPR) n.2016/679.
1. 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 dalla Casa di Cura e sulla relativa spesa, oltre che sul rispetto delle condizioni previste dal presente contratto.

Art. 9

Con la sottoscrizione del presente contratto la Casa di Cura _____ accetta espressamente completamente e incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione del tetto di spesa 2019, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto tali atti determinano il contenuto del contratto.

Art. 10

Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto e/o di ogni altro rapporto della struttura Sanitaria privata _____ con il Servizio Sanitario Regionale è di competenza esclusiva del Giudice ordinario/ amministrativo che ha la giurisdizione sul territorio in cui ha sede l'Azienda sanitaria provinciale di _____ con

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

Art. 11

Le disposizioni e gli aggregati di spesa contenuti nel presente contratto afferenti all'anno 2019 potranno subire variazioni per effetto di eventuali modifiche dei fabbisogni assistenziali per l'anno in argomento, nonché a seguito di eventuali osservazioni rese dai Ministeri affiancanti sul D.A. n. _____ del _____ e/o sul presente contratto (Allegato "A").

Art. 12

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

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

Letto, confermato e sottoscritto

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

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di

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

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

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di



