DA n. 776/2025

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

AGGREGATI DI SPESA PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA DA PRIVATO - anno 2025

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 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. 204 del 28/05/2020 recante *"Articolo 20 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n.118 e successive modifiche ed integrazioni. Perimetrazione entrate e uscite relative al finanziamento del servizio sanitario regionale"*;
Visto il D.P. Reg. 5 aprile 2022, n.9 – 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"*;
Visto il Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012, pubblicato sulla GURI n. 23 del 28.01.2013, che fissa la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale";
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 citato D.M. 18 ottobre 2012, per le prestazioni di assistenza ospedaliera;
Visto il DA n. 924/2013 del 14 maggio 2013 con il quale sono state adottate, a far data dal 1° giugno 2013, le tariffe di cui al citato D.M. 18 ottobre 2012, per le prestazioni di assistenza ambulatoriale;
Visto il DA n. 954/2013 del 17 maggio 2013 ed il successivo DA n.2533 del 31 dicembre 2013 (GURS 17 gennaio 2014) con il quale sono stati rideterminati, a far data dal 1° giugno 2014, i criteri di abbattimento dei DRG a rischio di inappropriatezza e le tariffe per le prestazioni erogate in regime di Day-Service;
Visto il D.A. n. 22 dell'11 gennaio 2019 *"Adeguamento della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 2 aprile 2015, n.70"* e s.m.i.;

Considerato che i tetti di spesa per ogni singolo comparto si configurano quali strumenti indispensabili per garantire il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), nell'ambito delle risorse del Fondo Sanitario Regionale, e per mantenere l'equilibrio finanziario del sistema sanitario regionale, in attuazione dei fondamentali principi legati al miglioramento qualitativo delle prestazioni sanitarie e alla razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica;

Considerato che, ai sensi dell'articolo 25 della legge regionale n.5/2009, anche per l'assistenza ospedaliera privata convenzionata la Regione è tenuta, sulla base delle risorse disponibili (Fondo Sanitario Regionale), a definire annualmente il tetto di spesa regionale, da assegnare attraverso la determinazione degli aggregati provinciali, nonché a stabilire i criteri per la contrattualizzazione a cui i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali devono attenersi per fissare i *budget* alle singole strutture sanitarie private;

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 del Verbale del 3 luglio 2025, con il quale sono stati condivisi con i rappresentanti regionali delle sigle sindacali maggiormente rappresentative AIOP, ACOP e ARIS, i criteri di determinazione dei tetti di spesa provinciali e i criteri in base ai quali determinare i budget delle strutture private accreditate per l'anno 2025;

Preso atto di quanto previsto alla lett. b) dell'articolo 1, comma 574, della 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), fermo restando l'equilibrio di bilancio del SSR;

Visto il decreto-legge 26 ottobre 2019, n.124, convertito con modificazioni con legge 19 dicembre 2019, n. 157 , che al comma 1-ter dell'art. 45 ha stabilito che: "*A decorrere dall'anno 2020, il limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, è rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale"*;

Considerato che la spesa consuntivata nell'anno 2011 per l'assistenza ospedaliera da privato (Case di Cura) è pari ad euro **479.245.000,00**;

Visto l'articolo 1, comma 233, della Legge 30 dicembre 2023, n.213 come modificato dal comma 277 dell'articolo 1 della Legge 30 dicembre 2024, n.207 con il quale il limite di spesa è stato ulteriormente incrementato, come segue: *"Al fine di concorrere all'ordinata erogazione delle prestazioni assistenziali ricomprese nei livelli essenziali di assistenza, il limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, è rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011 incrementata di 1 punto percentuale per l'anno 2024, di 3,5 punti percentuali per l'anno 2025 e di 5 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale.";*

Preso Atto che l'aggregato di spesa omnicomprensivo per l'assistenza ospedaliera da privato (Case di Cura) per l'anno 2025 si attesta a complessivi euro **496.019.000,00**, per effetto delle disposizioni contenute all'articolo 1, comma 233, della Legge 30 dicembre 2023, n.213, come modificato dal comma 277 dell'articolo 1 della Legge 30 dicembre 2024, n.207;

Considerato che l'aggregato di spesa omnicomprensivo per l'assistenza ospedaliera da privato per l'anno 2025, non ricomprende gli effetti scaturenti dalle transazioni con alcune Case di Cura ed incrementi di budget avvenuti in annualità successive al 2011;

Ravvisato, necessario, per effetto delle determinazioni contenute nelle transazioni intervenute dopo l'anno 2011, incrementare l'aggregato per l'assistenza ospedaliera da privato per l'anno 2025 di ulteriori euro **36.112.100,00**, che saranno legate alla produzione di prestazioni di alta complessità incrementale rispetto al 2015, quale deroga ai limiti imposti dalla *Spending Review*, di cui alla lett. b), dell'articolo 1, comma 574, della Legge n.208 del 28 dicembre 2015, da destinare come segue:

- Euro 3.426.600,00 all'aggregato della provincia di Catania per la Casa di Cura Valsalva s.r.l.;
- Euro 10.000.000,00 all'aggregato della provincia di Catania per la Casa di Cura "Humanitas Centro Catanese di Oncologia S.p.A.";
- Euro 5.000.000,00 quale aggregato aggiuntivo per le Case di Cura sedi di Punti Nascita, di cui euro 2.000.000,00 all'ASP di Catania ed euro 3.000.000,00 all'ASP di Palermo;
- Euro 7.142.000,00 all'aggregato della provincia di Palermo per la Casa di Cura "La Maddalena S.p.A.";
- Euro 7.029.000,00 all'aggregato della provincia di Siracusa per la Casa di Cura Villa Aurelia;
- Euro 3.514.500,00 all'aggregato della provincia di Trapani per la Casa di Cura Vittoria s.r.l.;

Preso Atto, pertanto, che il tetto di spesa per l'assistenza ospedaliera da privato per l'anno 2025 ammonta a complessivi **euro 532.131.100,00**, così composto:

Descrizione	***Importi***
spesa consuntiva 2011	*479.245.000,00*
incremento del 3,5%	*16.774.000,00*
incremento aggregato per transazioni e interventi finalizzati	*36.112.100,00*
Aggregato 2025	***532.131.100,00***

Ritenuto di determinare gli aggregati specifici per l'assistenza ospedaliera da privato per l'anno 2025, pari a complessivi euro **532.131.100,00**, come segue:

Descrizione	***importi***
Trapianti	*1.298.060,00*
mobilità attiva	*8.000.000,00*
attività ordinaria	*522.833.040,00*
AGGREGATO 2025	***532.131.100,00***

Ritenuto di ripartire l'aggregato regionale specifico di euro **1.298.060,00**, destinato per euro 1.113.060,00 alle prestazioni di trapianto di midollo osseo e terapie cellulari ed euro 185.000,00 per le prestazioni di trapianto di cornea, in proporzione alla valorizzazione della produzione dei trapianti effettuati dalle strutture private nell'anno 2024, come indicato nella tabella sottostante:

AZIENDA	***Produzione 2024 delle Case di Cura per trapianti di midollo osseo***	***Produzione 2024 delle Case di Cura per trapianti di cornea***	***Quota 2025 attribuita per trapianti di Midollo Osseo e terapie cellulari***	***Quota 2025 attribuita per trapianti di Cornea***	***TOTALE quota 2025 attribuita per trapianti di Cornea e di Midollo Osseo e terapie cellulari***
ASP di CATANIA	*3.109.912,00*	*92.373,00*	*274.900,00*	*61.100,00*	*336.000,00*
ASP di MESSINA		*18.264,00*		*12.100,00*	*12.100,00*
ASP di PALERMO	*9.480.128,00*	*169.026,00*	*838.160,00*	*111.800,00*	*949.960,00*
Totale	***12.590.040,00***	***279.663,00***	***1.113.060,00***	***185.000,00***	***1.298.060,00***

Ritenuto di confermare per l'anno 2025 l'aggregato specifico di spesa destinato alle prestazioni di ricovero per acuti e post-acuti da erogare in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva), in euro **8.000.000,00**, ripartito in ambito provinciale con i valori riconosciuti con il DA n.876 del 6 agosto 2024, come di seguito indicato:

AZIENDA	*mobilità attiva 2025*
ASP DI AGRIGENTO	*61.400,00*
ASP DI CALTANISSETTA	*73.300,00*
ASP DI CATANIA	*1.978.200,00*
ASP DI MESSINA	*4.659.100,00*
ASP DI PALERMO	*762.400,00*
ASP DI RAGUSA	*142.100,00*
ASP DI SIRACUSA	*214.500,00*
ASP DI TRAPANI	*109.000,00*
TOTALE	***8.000.000,00***

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 rese in mobilità attiva nell'anno 2024 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 realizzate nell'ambito dell'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 rispetto al budget assegnato, senza che questo influenzi o determini automatismi nella determinazione dei budget per l'anno successivo;

Ritenuto di ripartire l'aggregato regionale destinato all'attività ordinaria di ricovero per l'anno 2025 integrato dal valore delle transazioni, pari ad euro **522.833.040,00**, nei seguenti aggregati provinciali (comprensivo degli acuti e post acuti):

AZIENDA	*attività ordinaria di ricovero*
ASP DI AGRIGENTO	*12.530.440,00*
ASP DI CALTANISSETTA	*15.785.242,56*
ASP DI CATANIA	*179.608.339,46*
ASP DI MESSINA	*73.393.503,98*
ASP DI PALERMO	*169.061.418,37*
ASP DI RAGUSA	*9.391.433,18*
ASP DI SIRACUSA	*43.192.763,15*
ASP DI TRAPANI	*19.869.899,30*
TOTALE	***522.833.040,00***

Le Aziende Sanitarie Provinciali nella determinazione dei budget indistinto (comprensivo degli acuti e post acuti) da assegnare per l'anno 2025 alle Case di Cura, nei limiti dei tetti di spesa provinciali di cui alla precedente tabella, attribuiranno a ciascuna struttura il budget prendendo a riferimento il valore della produzione del 2024.

Ai fini del calcolo, ciascuna struttura potrà partecipare alla ripartizione del budget con un tetto massimo del + 10% rispetto al budget assegnato per l'anno 2024. Per le strutture che, nell'anno 2024, hanno registrato una produzione complessiva inferiore al budget assegnato sarà preso a parametro il valore del budget 2024, ove dalla ripartizione dovesse emergere un valore inferiore al budget 2024, confermare il dato del budget 2024.

Alle strutture mono-specialistiche post-acuzie il tetto massimo sarà determinato in base al numero dei posti letto moltiplicato 365 giorni a cui applicare la tariffa media regionale di euro 250,40.

Per quanto attiene l'attività sanitaria prodotta nella prima parte dell'anno 2025 sarà considerato, ai fini della liquidazione, il valore pari a 1/12 del budget anno 2025 per singolo mese di attività erogata fino al 30 giugno 2025.

Ravvisato, altresì, che il budget annuale assegnato alla Casa di Cura sarà considerato suddiviso in dodicesimi e per singolo mese di attività. Gli operatori privati dovranno garantire almeno una quota pari al 80% del valore di riferimento per singola sotto quota di budget e per il solo mese di agosto in deroga al 40%. Le quote di produzione inferiore alla soglia dell'80% mensile e del 40% nel mese di agosto potranno essere considerate in compensazione per eventuale sovra produzione per gli altri mesi dell'anno, fatto salvo il rispetto della soglia minima. Qualora non venisse rispettata la soglia minima di cui sopra, la quota di budget concorrerà direttamente alla quota di economie che saranno redistribuite a consuntivo prioritariamente a livello provinciale e successivamente a livello regionale.

Eventuali extra produzioni mensili che si dovessero rilevare potranno concorrere a garantire eventuali minori produzioni rilevate nei mesi successivi, fatto salvo il rispetto del livello di produzione minimo mensile.

Nell'ambito dell'aggregato, in ragione della maggiore complessità organizzativa, sono individuate e assegnate per le Case di Cura sedi di Punti Nascita nella misura massima di euro 1 milione per singola struttura. Le Case di Cura dovranno conseguire indicatori di esito (percentuale parti cesarei primari) in miglioramento rispetto ai dati 2024 con una penalizzazione pari all'1% del finanziamento specifico per ogni punto di peggioramento dell'indicatore fino ad un massimo del 5%.

Le eventuali economie che si dovessero realizzare nell'ambito della specifica assegnazione di cui al paragrafo precedente dovranno essere ridistribuite alle altre strutture su cui insistono i punti nascita, 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, per tutte le discipline ospedaliere per le quali le strutture risultano autorizzate ed accreditate oltre alle relative attività diagnostiche funzionali alla definizione del quadro diagnostico, ad eccezione delle prestazioni di laboratorio di analisi, nel limite massimo del 5% del budget che sarà assegnato per effetto del presente decreto.

Le eventuali economie che si dovessero realizzare nell'ambito dell'aggregato di spesa provinciale destinato all'attività ordinaria di ricovero, dovranno essere ridistribuite alle strutture della medesima provincia, senza che questo influenzi o determini automatismi nella determinazione dei budget per l'anno successivo.

Preso Atto, pertanto, che l'aggregato regionale per l'anno 2025 pari ad euro **532.131.100,00**, è così ripartito:

AZIENDA	*mobilità attiva*	*Trapianti*	*transazioni*	*punti nascita*	*attività ordinaria*	*Totale*
ASP DI AGRIGENTO	*61.400,00*				*12.530.440,00*	*12.591.840,00*
ASP DI CALTANISSETTA	*73.300,00*				*15.785.242,56*	*15.858.542,56*
ASP DI CATANIA	*1.978.200,00*	*336.000,00*	*13.426.600,00*	*2.000.000,00*	*164.181.739,46*	*181.922.539,46*
ASP DI MESSINA	*4.659.100,00*	*12.100,00*	-		*73.393.503,98*	*78.064.703,98*
ASP DI PALERMO	*762.400,00*	*949.960,00*	*7.142.000,00*	*3.000.000,00*	*158.919.418,37*	*170.773.778,37*
ASP DI RAGUSA	*142.100,00*		-		*9.391.433,18*	*9.533.533,18*
ASP DI SIRACUSA	*214.500,00*		*7.029.000,00*		*36.163.763,15*	*43.407.263,15*
ASP DI TRAPANI	*109.000,00*		*3.514.500,00*		*16.355.399,30*	*19.978.899,30*
TOTALE	***8.000.000,00***	***1.298.060,00***	***31.112.100,00***	***5.000.000,00***	***486.720.940,00***	***532.131.100,00***

Prevedere per l'anno 2025 risorse aggiuntive, fino alla concorrenza di euro **11.000.000,00,** da destinare alle finalità dell'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 complessità (DRG), previsti nell'Intesa CSR n. 103 del 20 giugno 2019, fermo restando il raggiungimento dell'equilibrio economico del Sistema sanitario regionale nell'anno di riferimento.

Ritenuto che le risorse destinate alle prestazioni afferenti i DRG di alta complessità realizzata (residenti e non residenti) da ciascuna struttura nel 2025, saranno riconosciute:

- solo in presenza di maggiore produzione rispetto al budget assegnato e specifica produzione riconducibile a DRG di alta complessità non inferiore al 90% di quella rilevata nell'anno 2024;
- alla singola struttura non potranno essere riconosciute risorse eccedenti il 10% del budget assegnato ovvero, per il caso specifico, superiori al valore dell'alta complessità prodotta ove questo valore fosse inferiore alla maggiore produzione rilevata con il limite del 10%.
- le risorse aggiuntive saranno quindi riproporzionate e distribuite esclusivamente in favore delle strutture di cui ai punti precedenti con meccanismi distributivi fino ad esaurimento dei fondi individuati.

Laddove la produzione di alta complessità dell'intero comparto non dovesse raggiungere il livello annuale complessivo di euro 180.000.000,00 nell'anno 2025, comprensivo delle risorse necessarie a coprire le transazioni, le risorse individuate per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera saranno proporzionalmente ridotte, fermo restando comunque l'equilibrio economico del sistema sanitario regionale.

Stabilito di assegnare le risorse aggiuntive per l'alta complessità, tra gli operatori sanitari privati accreditati rientranti nei requisiti di cui ai precedenti commi successivamente alla distribuzione delle risorse derivanti dalle economie;

Considerato che costituisce interesse strategico della Regione, in quanto funzionale al processo di riduzione delle prestazioni di ricovero che alimentano la mobilità passiva, prevedere per le strutture private accreditate la possibilità di erogare le prestazioni per le quali si registra una maggiore "fuga" verso altre regioni di pazienti siciliani ed individuate nella tabella che segue, da erogare nel rispetto degli appropriati *settings* assistenziali;

Preso Atto per l'anno 2025 di prevedere risorse aggiuntive, fino alla concorrenza di euro **15.000.000,00,** da destinare all'aggregato regionale per prestazioni dei cosiddetti "DRG fuga" sotto individuati:

Drg	Descrizione
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale
481	Trapianto di midollo osseo
288	Interventi per obesità
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC
104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco
496	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato
2	Craniotomia, età > 17 anni senza CC
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
541	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore
12	Malattie degenerative del sistema nervoso
546	Artrodesi verterbale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA
75	Interventi maggiori sul torace
335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC
191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC
303	Interventi su rene e uretere per neoplasia
105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco
545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio
359	Interventi su utero e su annessi non per neoplasie maligne senza cc.
49	Interventi maggiori sul capo e sul collo
302	Trapianto renale
569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore
570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore
35	Altre malattie del sistema nervoso senza CC
111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC
520	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC
573	Interventi maggiori sulla vescica
558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore

Preso Atto, altresì, che concorreranno quali attività di ricovero che potranno essere remunerate con i fondi aggiuntivi per i DRG "fuga" gli interventi sanitari nell'area delle terapie cellulari;

Stabilito che nell'ipotesi in cui l'attività ordinaria erogata dalle Case di Cura nell'anno 2025, dopo il riconoscimento delle risorse dedicate all'Alta Complessità, sia superiore ai rispettivi budget assegnati nello stesso anno, i DRG cosiddetti "in fuga" erogati da ciascuna struttura nell'anno 2025 in misura maggiore rispetto all'anno 2024, saranno remunerati in misura proporzionale a quanto erogato e fino alla concorrenza dell'importo sopra individuato;

Ritenuto che le risorse destinate alle prestazioni afferenti i DRG "fuga" realizzata (residenti e non residenti) da ciascuna struttura nel 2025, saranno riconosciute a consuntivo:

- solo in presenza di maggiore produzione rispetto al budget assegnato e specifica produzione riconducibile a DRG di fuga;
- alla singola struttura non potranno essere riconosciute risorse eccedenti il 10% del budget assegnato ovvero, per il caso specifico, superiori al valore della produzione di DRG fuga ove questo valore fosse inferiore alla maggiore produzione rilevata con il limite del 10%.
- le risorse aggiuntive saranno quindi riproporzionate e distribuite esclusivamente in favore delle strutture di cui ai punti precedenti con meccanismi distributivi fino al raggiungimento della soglia massima o della effettiva extra produzione realizzata;

Ravvisato che, alla luce delle superiori considerazioni, il tetto di spesa per l'assistenza ospedaliera da privato per l'anno 2025 omnicomprensivo è determinato in complessivi **euro 558.131.100,00**, come di seguito specificato:

AZIENDA	*AGGREGATO 2025*	*alta complessità*	*DRG fuga*	*TOTALE 2025*
ASP DI AGRIGENTO	*12.591.840,00*			*12.591.840,00*
ASP DI CALTANISSETTA	*15.858.542,56*			*15.858.542,56*
ASP DI CATANIA	*181.922.539,46*			*181.922.539,46*
ASP DI MESSINA	*78.064.703,98*			*78.064.703,98*
ASP DI PALERMO	*170.773.778,37*			*170.773.778,37*
ASP DI RAGUSA	*9.533.533,18*			*9.533.533,18*
ASP DI SIRACUSA	*43.407.263,15*			*43.407.263,15*
ASP DI TRAPANI	*19.978.899,30*			*19.978.899,30*
GSA		*11.000.000,00*	*15.000.000,00*	*26.000.000,00*
TOTALE	***532.131.100,00***	***11.000.000,00***	***15.000.000,00***	***558.131.100,00***

Stabilito, al fine di supportare le strategie di investimento in prestazioni sanitarie attrattive anche verso gli altri sistemi sanitari regionali o rientranti nella mobilità internazionale, di riconoscere la produzione extra regione eventualmente registrata dalle singole strutture oltre i rispettivi budget assegnati. Tale maggiore produzione sarà riconosciuta a consuntivo dell'anno 2025 prudenzialmente determinando le seguenti riduzioni tariffarie:

Per i ricoveri per acuti si riconoscerà:

- 80% per prestazioni rese con peso minore o uguale a 1,7;
- 90% 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;

Per le prestazioni di riabilitazione e/o di lungodegenza ai cittadini provenienti da altre regioni, si riconoscerà la corrispondente tariffa regionale ridotta del 20%. La riduzione del 20% sarà applicata anche sulla tariffa regionale prevista dopo il 60 (sessantesimo) giorno di ricovero.

Per tale maggiore produzione, le Case di Cura emetteranno regolare fattura soltanto dopo la comunicazione del riconoscimento delle prestazioni da parte dell'ASP.

Eventuale conguaglio sarà riconosciuto ad esito della compensazione extraregionale.

Stabilito, altresì, al fine di garantire un miglioramento dei processi di presa in carico e gestione dei pazienti che accedono alle strutture di Pronto Soccorso e i cui percorsi clinici non trovino coerente e tempestivo avvio nell'ambito delle aziende pubbliche, che le Aziende Sanitarie, valutate le aree di obiettiva carenza, possono bandire apposite manifestazioni di interesse cui gli operatori privati accreditati potranno aderire dando evidenza della disponibilità per disciplina per l'eventuale trasferimento diretto da Pronto Soccorso previo consenso dei pazienti. Tale supporto straordinario può essere avviato solo a seguito di una accertata necessità di collaborazione esterna, non fronteggiabile dalle Aziende con proprie risorse, debitamente documentata dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria pubblica, che ne fornisce pronta comunicazione all'Assessorato Regionale alla Salute;

Ritenuto che per le finalità sopra espresse le Aziende Sanitarie potranno stipulare specifici accordi con una pluralità di operatori economici che prevedano la ripartizione del DRG determinato ad esito del ricovero con le seguenti previsioni di riparto:

- 85% a favore dell'operatore privato accreditato in caso di DRG chirurgico;
- 80% a favore dell'operatore privato accreditato in caso di DRG medico.

Gli accordi avranno durata contrattuale coincidente con la definizione dell'aggregato 2025. Gli importi che potranno essere riconosciuti agli operatori privati accreditati sono da considerare ulteriori rispetto ai contratti negoziati per l'anno 2025.

Le risorse da destinare agli eventuali accordi contrattuali non potranno superare il 5% dell'aggregato provinciale e non potranno eccedere il 10% del budget annuale assegnato alla singola struttura.

Ritenuto di interesse regionale che gli operatori privati accreditati debbano contribuire attivamente al raggiungimento dell'obiettivo previsto nell'ambito del PNRR e relativo alla presa in carico del paziente over 65 per il tramite dell'assistenza domiciliare provvedendo ad armonizzare i propri sistemi informativi con quelli delle AA.SS.PP. di riferimento implementando la "dimissione protetta e/o facilitata" con le modalità che le stesse sono obbligate a mettere a disposizione.

Stabilito, per quanto concerne gli adempimenti a carico delle Aziende Sanitarie, di fissare il tempo limite alla contrattualizzazione delle strutture entro il 31 agosto 2025 ed i contratti, firmati esclusivamente in digitale, dovranno essere inviati al Dipartimento Pianificazione Strategica e al Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato Regionale alla Salute. Eventuali ritardi nella stipula e successivo invio degli stessi per quota superiore al 20% dei giorni stabiliti saranno considerati quale elemento di riduzione della voce di premialità per la Direzione Strategica della singola azienda sanitaria provinciale con una percentuale minima del 3% e massima del 5% in ragione del grado di inadempienza rilevato oltre che oggetto di valutazione ai sensi del contratto stipulato.

Stabilito, altresì, che gli operatori privati accreditati dovranno adeguare le modalità di esposizione delle liste di attesa dando evidenza non solo le tempistiche rispetto alle classi di priorità delle prestazioni erogate, ma dovranno altresì avere cura di rilevare le prestazioni prenotabili in ragione della disponibilità di sedute operatorie presso la singola struttura e che non possono essere erogate tempestivamente.

In particolare, si richiama la previsione normativa vigente e le circolari assessoriali in materia di non sospensione e non chiusura delle agende di prenotazione.

Si dà mandato alle ASP di effettuare prima attività di monitoraggio di detto adempimento alla data del 30/09/2025 e successivamente con cadenza trimestrale.

Le liste di attesa dovranno tenere in considerazione le prestazioni prenotate/prenotabili a decorrere dal 01 gennaio dell'anno corrente e non erogate/erogabili entro il termine del 31 dicembre del medesimo anno.

Limitatamente alle città Metropolitane, gli osservatori IRPAM dovranno garantire il coordinamento delle strategie di governo delle liste di attesa attraverso la presa in carico dei pazienti in settings assistenziali adeguati e con tempistiche coerenti con il fabbisogno di salute. Restano ferme le disposizioni previste dalla Delibera di Giunta n.317 del 27 luglio 2023 ed i successivi atti di indirizzo;

Ritenuto, infine, che l'aggregato complessivo fissato per l'anno 2025 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;

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 2025 delle Case di Cura è determinato in complessivi euro **532.131.100,00**, così composto:

Descrizione	***importi***
attività ordinaria	*522.833.040,00*
Trapianti	*1.298.060,00*
mobilità attiva	*8.000.000,00*
AGGREGATO 2025	***532.131.100,00***

Art. 2 - L'aggregato regionale destinato all'attività ordinaria di ricovero per l'anno 2025 integrato dal valore delle transazioni, pari ad euro **522.833.040,00**, nei seguenti aggregati provinciali (comprensivo degli acuti e post acuti):

AZIENDA	*attività ordinaria di ricovero*
ASP DI AGRIGENTO	*12.530.440,00*
ASP DI CALTANISSETTA	*15.785.242,56*
ASP DI CATANIA	*179.608.339,46*
ASP DI MESSINA	*73.393.503,98*
ASP DI PALERMO	*169.061.418,37*
ASP DI RAGUSA	*9.391.433,18*
ASP DI SIRACUSA	*43.192.763,15*
ASP DI TRAPANI	*19.869.899,30*
TOTALE	***522.833.040,00***

Le Aziende Sanitarie Provinciali nella determinazione dei budget indistinto (comprensivo degli acuti e post acuti) da assegnare per l'anno 2025 alle Case di Cura, nei limiti dei tetti di spesa provinciali di cui alla precedente tabella, attribuiranno a ciascuna struttura il budget prendendo a riferimento il valore della produzione del 2024.
Ai fini del calcolo, ciascuna struttura potrà partecipare alla ripartizione del budget con un tetto massimo del + 10% rispetto al budget assegnato per l'anno 2024. Per le strutture che, nell'anno 2024, hanno registrato una produzione complessiva inferiore al budget assegnato sarà preso a parametro il valore del budget 2024, ove dalla ripartizione dovesse emergere un valore inferiore al budget 2024, confermare il dato del budget 2024.
Alle strutture mono-specialistiche post-acuzie il tetto massimo sarà determinato in base al numero dei posti letto moltiplicato 365 giorni a cui applicare la tariffa media regionale di euro 250,40.

Per quanto attiene l'attività sanitaria prodotta nella prima parte dell'anno 2025 sarà considerato, ai fini della liquidazione, il valore pari a 1/12 del budget anno 2025 per singolo mese di attività erogata fino al 30 giugno 2025.

Il budget annuale assegnato alla Casa di Cura sarà considerato suddiviso in dodicesimi e per singolo mese di attività. Gli operatori privati dovranno garantire almeno una quota pari al 80% del valore di riferimento per singola budget mensile e per il solo mese di agosto in deroga al 40%. Le quote di produzione inferiore alla soglia dell'80% mensile e del 40% nel mese di agosto potranno essere considerate in compensazione per eventuale sovra produzione per gli altri mesi dell'anno, fatto salvo il rispetto della soglia minima. Qualora non venisse rispettata la soglia minima di cui sopra, la quota di budget concorrerà direttamente alla quota di economie che saranno redistribuite a consuntivo prioritariamente a livello provinciale e successivamente a livello regionale.

Eventuali extra produzioni mensili che si dovessero rilevare potranno concorrere a garantire eventuali minori produzioni rilevate nei mesi successivi, fatto salvo il rispetto del livello di produzione minimo mensile.

Nell'ambito dell'aggregato, in ragione della maggiore complessità organizzativa, sono individuate e assegnate per le Case di Cura sedi di Punti Nascita nella misura massima di euro 1 milione per singola struttura. Le Case di Cura dovranno conseguire indicatori di esito (percentuale parti cesarei primari) in miglioramento rispetto ai dati 2024 con una penalizzazione pari all'1% del finanziamento specifico per ogni punto di peggioramento dell'indicatore fino ad un massimo del 5%.
Le eventuali economie che si dovessero realizzare nell'ambito della specifica assegnazione di cui al paragrafo precedente dovranno essere ridistribuite alle altre strutture su cui insistono i punti nascita, 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, per tutte le discipline ospedaliere per le quali le strutture risultano autorizzate ed accreditate oltre alle relative attività diagnostiche funzionali alla definizione del quadro diagnostico, ad eccezione delle prestazioni di laboratorio di analisi, nel limite massimo del 5% del budget che sarà assegnato per effetto del presente decreto.

Le eventuali economie che si dovessero realizzare nell'ambito dell'aggregato di spesa provinciale destinato all'attività ordinaria di ricovero, dovranno essere ridistribuite alle strutture della medesima provincia, senza che questo influenzi o determini automatismi nella determinazione dei budget per l'anno successivo.

Art. 3 - Nell'ambito dell'aggregato di spesa regionale, di cui al precedente art. 1, l'aggregato specifico pari a euro **1.298.060,00,** è destinato ad incentivare per un importo pari a euro **1.113.060,00,** le prestazioni di trapianto di midollo osseo e terapie cellulari e, per un importo pari a euro **185.000,00,** le prestazioni di trapianto di cornea, assegnando tali somme, sia in ambito provinciale sia a ciascuna Casa di Cura, in proporzione alla produzione effettuata nell'anno 2024, come indicato nella tabella sottostante:

AZIENDA	***Quota 2025 attribuita per trapianti di Midollo Osseo e terapie cellulari***	***Quota 2025 attribuita per trapianti di Cornea***	***TOTALE quota 2025 attribuita per trapianti di Cornea e di Midollo Osseo e terapie cellulari***
ASP DI CATANIA	*274.900,00*	*61.100,00*	*336.000,00*
ASP DI MESSINA		*12.100,00*	*12.100,00*
ASP DI PALERMO	*838.160,00*	*111.800,00*	*949.960,00*
Totale	***1.113.060,00***	***185.000,00***	***1.298.060,00***

Art. 4 – Nell'ambito dell'aggregato di spesa regionale, di cui al precedente art. 1, l'aggregato specifico pari a euro **8.000.000,00,** è destinato per le prestazioni di ricovero in regime di acuzie e post acuzie erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale). Le Aziende Sanitarie Provinciali territorialmente competenti assegneranno, nell'anno 2025, il budget alle singole Case di Cura in proporzione alla produzione per prestazioni rese in mobilità attiva nell'anno 2024 da ciascuna struttura e, comunque, entro il limite massimo invalicabile dei tetti di spesa provinciali sotto riportati:

AZIENDA	***mobilità attiva 2025***
ASP DI AGRIGENTO	*61.400,00*
ASP DI CALTANISSETTA	*73.300,00*
ASP DI CATANIA	*1.978.200,00*
ASP DI MESSINA	*4.659.100,00*
ASP DI PALERMO	*762.400,00*
ASP DI RAGUSA	*142.100,00*
ASP DI SIRACUSA	*214.500,00*
ASP DI TRAPANI	*109.000,00*
TOTALE	***8.000.000,00***

Ai fini della remunerazione delle prestazioni erogate in mobilità attiva, sia per i ricoveri per acuti che per le prestazioni di riabilitazione e/o di lungodegenza, ai cittadini provenienti da altre Regioni, si riconoscerà la 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 realizzate nell'ambito dell'aggregato provinciale per la mobilità attiva "extra regione" dovranno essere ridistribuite in favore di quelle strutture della stessa provincia che registrano una maggiore produzione rispetto al budget assegnato, senza che questo influenzi o determini automatismi nella determinazione dei budget per l'anno successivo.

Art. 5 - Al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità, per effetto dell'articolo 1, comma 574, lett. b) della Legge n.208/2015, sono previste, per l'anno 2025, risorse aggiuntive nella misura massima di euro **11.000.000,00,** per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, previsti nell'Intesa CSR n. 103 del 20 giugno 2019, fermo restando il raggiungimento dell'equilibrio economico del Sistema sanitario regionale nell'anno di riferimento. Le risorse destinate alle prestazioni afferenti i DRG di alta complessità realizzati (residenti e non residenti) da ciascuna struttura nel 2025, saranno riconosciute:

- solo in presenza di maggiore produzione rispetto al budget assegnato e specifica produzione riconducibile a DRG di alta complessità non inferiore al 90% di quella rilevata nell'anno 2024;
- alla singola struttura non potranno essere riconosciute risorse eccedenti il 10% del budget assegnato ovvero, per il caso specifico, superiori al valore dell'alta complessità prodotta ove questo valore fosse inferiore alla maggiore produzione rilevata con il limite del 10%.
- le risorse aggiuntive saranno quindi riproporzionate e distribuite esclusivamente in favore delle strutture di cui ai punti precedenti con meccanismi distributivi fino ad esaurimento dei fondi individuati.

Stabilito di assegnare le risorse aggiuntive per l'alta complessità, tra gli operatori sanitari privati accreditati rientranti nei requisiti di cui ai precedenti commi successivamente alla distribuzione delle risorse derivanti dalle economie.

Laddove la produzione di alta complessità dell'intero comparto non dovesse raggiungere il livello annuale complessivo di euro 180.000.000,00 nell'anno 2025, comprensivo delle risorse necessarie a coprire le transazioni, le risorse individuate per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera saranno proporzionalmente ridotte, fermo restando comunque l'equilibrio economico del sistema sanitario regionale.

Art. 6 - Al fine di ridurre le prestazioni di ricovero rese in mobilità passiva è prevista la possibilità, per le strutture private accreditate, di erogare le prestazioni per le quali si registra una maggiore "fuga" verso altre regioni di pazienti siciliani ed individuate nella tabella che segue, da erogare nel rispetto degli appropriati *settings* assistenziali. Saranno considerate per l'accesso a detto fondo la produzione rilevata attraverso i seguenti DRG:

Drg	Descrizione
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale
481	Trapianto di midollo osseo
288	Interventi per obesità
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC
104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco
496	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato
2	Craniotomia, età > 17 anni senza CC
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
541	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore
12	Malattie degenerative del sistema nervoso
546	Artrodesi verterbale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA
75	Interventi maggiori sul torace
335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC
191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC
303	Interventi su rene e uretere per neoplasia
105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco
545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio
359	Interventi su utero e su annessi non per neoplasie maligne senza cc.
49	Interventi maggiori sul capo e sul collo
302	Trapianto renale
569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore
570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore
35	Altre malattie del sistema nervoso senza CC
111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC
520	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC
573	Interventi maggiori sulla vescica
558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore

Concorreranno quali attività di ricovero che potranno essere remunerate con i fondi aggiuntivi per i DRG "fuga" gli interventi sanitari nell'area delle terapie cellulari;

Art. 7 – Le Aziende Sanitarie Provinciali per l'assegnazione dei budget destinati alla produzione di DRG "fuga" nell'anno 2025 disporranno della somma complessiva di euro **15.000.000,00;**

Nell'ipotesi in cui l'attività ordinaria erogata dalle Case di Cura nell'anno 2025, dopo il riconoscimento delle risorse dedicate all'Alta Complessità, sia superiore ai rispettivi budget assegnati nello stesso anno, i DRG cosiddetti "in fuga" erogati da ciascuna struttura nell'anno 2025 in misura maggiore rispetto all'anno 2024, saranno remunerati in misura proporzionale a quanto erogato e fino alla concorrenza dell'importo sopra individuato.

Le risorse destinate alle prestazioni afferenti i DRG fuga realizzata (residenti e non residenti) da ciascuna struttura nel 2025, saranno riconosciute:

- solo in presenza di maggiore produzione rispetto al budget assegnato e specifica produzione riconducibile a DRG di fuga;
- alla singola struttura non potranno essere riconosciute risorse eccedenti il 10% del budget assegnato ovvero, per il caso specifico, superiori al valore della produzione di DRG fuga ove questo valore fosse inferiore alla maggiore produzione rilevata con il limite del 10%.
- le risorse aggiuntive saranno quindi riproporzionate e distribuite esclusivamente in favore delle strutture di cui ai punti precedenti con meccanismi distributivi fino al raggiungimento della soglia massima o della effettiva extra produzione rilevata.

Art. 8 – Al fine di supportare le strategie di investimento in prestazioni sanitarie attrattive anche verso gli altri sistemi sanitari regionali o rientranti nella mobilità internazionale, l'ulteriore produzione extra regione eventualmente registrata dalle singole strutture, oltre i rispettivi budget assegnati nel rispetto di quanto previsto al superiore articolo 4, sarà riconosciuta a consuntivo dell'anno 2025 prudenzialmente determinando le seguenti riduzioni tariffarie:

Per i ricoveri per acuti si riconoscerà:

- 80% per prestazioni rese con peso minore o uguale a 1,7;
- 90% 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;

Per le prestazioni di riabilitazione e/o di lungodegenza ai cittadini provenienti da altre regioni, si riconoscerà la corrispondente tariffa regionale ridotta del 20%. La riduzione del 20% sarà applicata anche sulla tariffa regionale prevista dopo il 60 (sessantesimo) giorno di ricovero.

Per tale maggiore produzione, le Case di Cura emetteranno regolare fattura soltanto dopo la comunicazione del riconoscimento delle prestazioni da parte dell'ASP.

Eventuale conguaglio sarà riconosciuto ad esito della compensazione extraregionale.

Art. 9 – I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali in sede di stipula dei contratti con le singole Case di Cura, 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, secondo la *mission* della struttura, il volume complessivo delle prestazioni contrattualizzate, il case-mix e il livello di appropriatezza delle procedure.

Nei contratti dovranno essere previsti obblighi di esposizione delle liste di attesa dando evidenza non solo le tempistiche rispetto alle classi di priorità delle prestazioni erogate, ma dovranno altresì avere cura di rilevare le prestazioni prenotabili in ragione della disponibilità di sedute operatorie presso la singola struttura e che non possono essere erogate tempestivamente.

In particolare, si richiama la previsione normativa vigente e le circolari assessoriali in materia di non sospensione e non chiusura delle agende di prenotazione.

Si dà mandato alle ASP di effettuare prima attività di monitoraggio di detto adempimento alla data del 30/09/2025 e successivamente con cadenza trimestrale.

Le liste di attesa dovranno tenere in considerazione le prestazioni prenotate/prenotabili a decorrere dal 01 gennaio dell'anno corrente e non erogate/erogabili entro il termine del 31 dicembre del medesimo anno.

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali delle città metropolitane, in qualità di committente e responsabile dell'Osservatorio IRPAM, dovranno garantire il coordinamento delle strategie di governo delle liste di attesa attraverso la presa in carico dei pazienti in settings assistenziali adeguati e con tempistiche coerenti con il fabbisogno di salute. Restano ferme le disposizioni previste dalla Delibera di Giunta n.317 del 27 luglio 2023 ed i successivi atti di indirizzo.

Art. 10 – I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali dovranno espletare le attività negoziali con i soggetti erogatori entro il 31 agosto, secondo i criteri indicati nel presente provvedimento. Si fa obbligo ai Direttori Generali di inviare al Dipartimento Pianificazione Strategica e al Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato Regionale alla Salute i contratti, firmati esclusivamente in digitale, nonché i prospetti riassuntivi dei dati contrattuali, per il successivo invio, attraverso il sistema documentale SIVEAS, ai Ministeri affiancanti. Eventuali ritardi nella stipula e successivo invio degli stessi per quota superiore al 20% dei giorni stabiliti saranno considerati quale elemento di riduzione della voce di premialità per la Direzione Strategica della singola azienda sanitaria provinciale con una percentuale minima del 3% e massima del 5% in ragione del grado di inadempienza rilevato oltre che oggetto di valutazione ai sensi del contratto stipulato.

Inoltre, i Direttori Generali dovranno garantire gli adempimenti di cui al sistema di monitoraggio previsto dal DM 19 dicembre 2022 attraverso il caricamento dei dati dei contratti sulla piattaforma dedicata sviluppata da A.ge.nas.

Art. 11– Ai fini della contrattualizzazione e della liquidazione delle prestazioni alle Case di Cura, le Aziende Sanitarie Provinciali procederanno alla preventiva verifica dei requisiti e a tutti gli adempimenti richiesti dalla normativa vigente. In particolare, dovranno vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate e accreditate.

Art. 12 - Le Aziende Sanitarie Provinciali provvederanno ad effettuare il conguaglio mensile della produzione effettivamente erogata dalla struttura privata accreditata e contrattualizzata e procederanno al relativo pagamento. Resta inteso che il conguaglio non potrà superare un dodicesimo del budget contrattualmente previsto riferito al periodo della liquidazione e dovrà tener conto su base annua dei controlli di appropriatezza.

Art. 13 - Le Aziende Sanitarie Provinciali, ai fini della stipula dei contratti con le Case di Cura relativi all'anno 2025 utilizzeranno lo schema di contratto di cui all'allegato "A" parte integrante del presente decreto.

Per le strutture sanitarie private accreditate che per qualunque motivo non intendano sottoscrivere il contratto di cui all'allegato "A", nel rispetto delle previsioni di cui all'articolo 7 e ss. della Legge 7 agosto 1990, n.241 e s.m.i., consegue 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. 14 – È fatto obbligo alle Aziende Sanitarie Provinciali di trasmettere alla Regione – Assessorato della Salute – i tracciati relativi alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, entro il 15° giorno del mese successivo a quello di riferimento. I tracciati dovranno essere accompagnati da attestazione idonea a certificare la completezza e la qualità dei dati contenuti.

Art. 15 – È fatto obbligo ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali di operare il monitoraggio ed il controllo sull'andamento dell'attività erogata dalle Case di Cura e sul 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. 16 – 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. 17 - 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 la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici, organizzativi e strutturali necessari per poter erogare prestazioni sanitarie con oneri a carico del sistema sanitario regionale.

Art. 18 – Le disposizioni e gli aggregati di spesa contenuti nel presente decreto potranno subire variazioni per effetto di eventuali modifiche dei fabbisogni assistenziali, nonché a seguito di eventuali osservazioni rese dai Ministeri affiancanti, cui il presente provvedimento verrà inviato tramite il sistema documentale SiVeAS.

Art. 19 – Per effetto delle disposizioni contenute all'articolo 15 della Legge 5 agosto 2022, n.118 e s.m.i. l'aggregato complessivo fissato per l'anno 2025 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.

Art. 20 - Al fine di garantire un miglioramento dei processi di presa in carico e gestione dei pazienti che accedono alle strutture di Pronto Soccorso e i cui percorsi clinici non trovino coerente e tempestivo avvio nell'ambito delle aziende pubbliche, le Aziende Sanitarie, valutate le aree di obiettiva carenza, possono bandire apposite manifestazioni di interesse cui gli operatori privati accreditati potranno aderire dando evidenza della disponibilità per disciplina per l'eventuale trasferimento diretto da Pronto Soccorso previo consenso dei pazienti. Tale supporto straordinario può essere avviato solo a seguito di una accertata necessità di collaborazione esterna, non fronteggiabile dalle Aziende con proprie risorse, debitamente documentata dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria pubblica, che ne fornisce pronta comunicazione all'Assessorato Regionale alla Salute.

Per le finalità sopra espresse le Aziende Sanitarie potranno stipulare specifici accordi con una pluralità di operatori economici che prevedano la ripartizione del DRG determinato ad esito del ricovero con le seguenti previsioni di riparto:

- 85% a favore dell'operatore privato accreditato in caso di DRG chirurgico;
- 80% a favore dell'operatore privato accreditato in caso di DRG medico.

Gli Accordi avranno durata contrattuale coincidente con la definizione dell'aggregato 2025. Gli importi che potranno essere riconosciuti agli operatori privati accreditati sono da considerare ulteriori rispetto ai contratti negoziati per l'anno 2025.

Le risorse da destinare agli eventuali accordi contrattuali non potranno superare il 5% dell'aggregato provinciale e non potranno eccedere il 10% del budget annuale assegnato alla singola struttura.

La decorrenza coincide con la data di adozione del presente decreto assessoriale.

Art. 21 – Gli operatori privati accreditati devono contribuire attivamente al raggiungimento dell'obiettivo previsto nell'ambito del PNRR e relativo alla presa in carico del paziente over 65 per il tramite dell'assistenza domiciliare provvedendo ad armonizzare i propri sistemi informativi con quelli delle AA.SS.PP. di riferimento implementando le *"dimissione protetta e/o facilitata"* con le modalità che le stesse sono obbligate a mettere a disposizione.

Art. 22 – Per quanto riguarda le modifiche di fascia tariffaria si rinvia a successivo specifico provvedimento.

Art. 23 - 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 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, 24/07/2025

L'Assessore
Dott.ssa Daniela Faraoni

DANIELA
FARAONI
REGIONE
SICILIANA
24.07.2025
15:24:25
GMT+02:00