

Visti gli articoli 8 quinquies e sexies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni di riordino della disciplina in materia sanitaria, emanato a norma dell'art. 2 della legge delega n. 421/92;

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

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

Visto il decreto n. 1174 del 30 maggio 2008, recante disposizioni sui "Flussi informativi";

Visto il decreto n. 1128 del 12 giugno 2009, con il quale sono stati determinati gli aggregati provinciali e regionali per branca per la specialistica ambulatoriale da privato per l'anno 2009;

Vista la direttiva assessoriale n. 7824 del 13 luglio 2009 in materia di accordi contrattuali con le strutture private;

Visto il decreto n. 1654 del 10 agosto 2009, con il quale sono state apportate modifiche al citato decreto n. 1128/09;

Visto il decreto n. 1933 del 16 settembre 2009 come modificato ed integrato dal decreto n. 2674 del 18 novembre 2009, con il quale è stato adottato il piano regionale di riorganizzazione delle strutture private di diagnostica di laboratorio;

Vista la direttiva assessoriale n. 3532 del 18 novembre 2009, con la quale sono stati fissati i criteri di premialità per l'anno 2009;

Visto il decreto n. 2654 del 17 novembre 2009, con il quale è stato approvato il programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali;

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

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

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

Viste le risultanze emerse dal "Rapporto sulla specialistica ambulatoriale in Sicilia" redatto a cura dell'Osservatorio epidemiologico regionale, già sottoposte alla valutazione dei Ministeri con esito positivo in data 28 settembre 2009, da cui si evincono anche elementi di confronto con il contesto nazionale (Fonti ISTAT desunte dal database health for all, versione dicembre 2007, comprendente anche l'indagine Multiscopo ISTAT, anno 2005);

Viste le risultanze emerse dall'analisi dell'attività erogata dalle strutture pubbliche e private della Regione nell'anno 2009, di cui al documento tecnico ed alle relative tabelle allegati, così come dedotta dall'ultimo dato consolidato disponibile della produzione complessiva (flusso C

DECRETO 15 marzo 2010.

**Metodologia per la determinazione degli aggregati di spesa per la specialistica ambulatoriale convenzionata esterna e relativi criteri per la determinazione del budget per l'anno 2010 delle singole strutture private accreditate da parte dei direttori generali delle aziende sanitarie provinciali.**

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

e flusso M) – con la precisazione che si è provveduto a correggere il dato di attività delle strutture private laddove nel triennio 2007-2009 si riscontrava una maggiore capacità produttiva – distinta per branca e per provincia, riguardante le seguenti branche specialistiche e raggruppamenti di branche:

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

Ritenuto di non includere nella suddetta analisi le prestazioni di specialistica ambulatoriale afferenti alle branche di “radioterapia” e “nefrologia” che saranno oggetto di separato provvedimento in considerazione della natura “salvavita” di tali prestazioni;

Ritenuto, altresì, di non dovere includere, nella determinazione del fabbisogno della popolazione siciliana, le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale) che, per effetto di quanto disposto dall'articolo 25 della legge regionale n. 5/2009, comma 1 lett. f), verranno considerate al di fuori dell'aggregato complessivo regionale per l'anno 2010 e quindi dei budget assegnati alle singole strutture e valorizzate in misura pari al 75% delle tariffe vigenti nel territorio regionale;

Considerato che:

— in base alla citata fonte ISTAT utilizzata, emerge un maggior ricorso in Sicilia ad accertamenti di laboratorio (per 100 persone con le stesse caratteristiche e tassi standardizzati) rispetto alla media nazionale, senza una giustificazione fondata su evidenze epidemiologiche, a fronte del minor ricorso ad altre prestazioni specialistiche e che il tasso di accertamenti specialistici totali per 100 persone si attesta, nel suo complesso, in linea con la media nazionale;

— dall'analisi dell'attività ambulatoriale erogata dalle strutture della Regione nell'anno considerato (flussi C e M) permane una evidente correlazione tra la richiesta di prestazioni ambulatoriali e l'offerta sanitaria presente sul territorio nonché una notevole variabilità nelle diverse province siciliane, sia in termini di volumi di prestazioni procapite che di spesa procapite per analoghe branche specialistiche;

— di dover procedere all'incremento dell'aggregato complessivo di tutte le branche ad eccezione della branca 11 - “Laboratorio analisi cliniche e microbiologiche” nella misura globale dell'1% dell'importo attribuito nell'anno 2009;

Ritenuta coerente con le risultanze delle analisi sopra citate, l'impostazione metodologica per la determinazione degli aggregati provinciali per branca/raggruppamenti di branca come descritta nell'allegato documento tecnico che costituisce parte integrante del presente decreto, orientata a definire, sulla base del fabbisogno di prestazioni ambulatoriali l'entità delle risorse disponibili da attribuire alle aziende sanitarie provinciali (ASP) per la conseguente assegnazione dei budget alle strutture erogatrici;

Considerato che gli anni 2008 e 2009, risentendo con maggiore evidenza degli effetti derivanti dai vincoli del Piano di rientro, non costituiscono, ai fini della rilevazione dell'effettivo fabbisogno di prestazioni ambulatoriali

della popolazione siciliana, una completa fonte di informazioni se non posti in raffronto anche all'attività erogata nell'anno 2007 in modo da potere disporre di ulteriori elementi indicativi per l'analisi;

Ritenuto, pertanto, di effettuare, per le suddette finalità, una analisi comparativa delle prestazioni erogate nell'ultimo triennio e dei relativi costi, al fine di assumere come dato di riferimento quello che nel triennio esprime il maggior rapporto tra domanda e offerta e la maggiore potenzialità erogativa delle strutture presenti sul territorio;

Ritenuto, inoltre, di dovere commisurare il fabbisogno rilevato all'entità delle risorse disponibili, su base regionale per l'anno 2010, introducendo a tal fine un apposito fattore correttivo per una progressiva tensione verso il fabbisogno e un graduale riequilibrio delle prestazioni procapite tra le province finalizzato a rendere omogeneo sul territorio tale livello di assistenza;

Ritenuto di fissare i criteri generali e i criteri correlati agli indicatori di qualità definiti nel medesimo allegato tecnico, quali parametri cui debbono uniformarsi i direttori generali delle ASP per la determinazione del budget complessivo 2010 delle singole strutture private accreditate, comprensivo della quota del 5%;

Ritenuto che, nel caso in cui l'aggregato assegnato nel 2010 in una singola categoria di branca risulti non interamente fruibile in relazione alla domanda e/o alla potenzialità erogativa delle strutture presenti nel territorio provinciale, i direttori generali possono procedere, in seguito agli esiti di verifiche e monitoraggi periodici, al riequilibrio tra le branche allocando le risorse eccedenti in categorie di branche per le quali si rendano necessarie maggiori risorse;

Ritenuto di dovere individuare, per l'anno 2010, al di fuori dell'aggregato attribuito alla branca, specifiche risorse da destinare alle strutture private di laboratori di analisi che si aggregano ai sensi del decreto n. 1933 del 16 settembre 2009, come modificato ed integrato dal decreto n. 2674 del 18 novembre 2009, da attribuire alle medesime strutture classificate sulla base del volume delle prestazioni rese e secondo le modalità indicate nell'allegato documento tecnico;

Ritenuto coerente con le linee di programmazione sanitaria regionale che le strutture private di specialistica ambulatoriale concorrano alla realizzazione del programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali di cui al decreto n. 2654 del 17 novembre 2009, in quanto coadiuvanti nel processo di deospedalizzazione a favore del raggiungimento degli indici di appropriatezza e del contenimento delle liste di attesa, impegnandosi, nell'ambito degli aggregati di spesa stabiliti a livello provinciale e per branca, a garantire il raccordo al sistema unico di prenotazione in corso di sviluppo a livello delle singole aziende e a livello regionale e rispondendo alle esigenze di monitoraggio del sistema informativo-informatico regionale;

Ritenuto, altresì, di interesse strategico regionale, in quanto funzionale al processo di deospedalizzazione e all'implementazione delle cure domiciliari, prevedere la possibilità, per le strutture private accreditate, di erogare alcune prestazioni domiciliari, che saranno remunerate nell'ambito delle risorse destinate all'assistenza domiciliare integrata, nei limiti ed alle condizioni previste nell'allegato documento tecnico.

Ritenuto, inoltre, al fine di assicurare i livelli essenziali di assistenza indispensabili ed indifferibili per persone

con patologia oncologica accertata, di individuare alcune prestazioni, di cui all'elenco che costituisce parte integrante del presente decreto, per le quali è prevista la remunerazione al di fuori del budget assegnato alle strutture per il 2010 nei limiti e alle condizioni di cui all'allegato tecnico;

Visto lo schema di decreto sottoposto ai Ministeri della salute e dell'economia e finanze per la preventiva validazione, che fissa per l'anno 2010, per l'assistenza specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture private accreditate per le branche oggetto del presente decreto, l'aggregato complessivo regionale in un importo di euro 289.392.000,00, al netto del ticket, come da seguente prospetto:

	Aggregato 2010
Branche a visita .....	56.340.000,00
Radiologia .....	55.724.000,00
Medicina nucleare .....	9.000.000,00
Laboratorio analisi .....	110.000.000,00
Fisiokinesiterapia (FKT) .....	58.328.000,00
<i>Totale ...</i>	<i>289.392.000,00</i>

Ritenuto, pertanto, di determinare, con la metodologia di cui al documento tecnico allegato, gli aggregati provinciali per le branche a visita, medicina di laboratorio, radiologia, medicina nucleare, medicina fisica e riabilitativa (FKT), in funzione dell'effettivo fabbisogno e dell'esigenza di riequilibrare quelle province per le quali il volume medio delle prestazioni procapite e il rispettivo costo risulta al di sotto del valore medio regionale;

Ritenuto di interesse strategico, al fine di garantire una uniformità territoriale nella dislocazione delle strutture erogatrici, che i direttori generali delle ASP, attraverso la stipula di intese o accordi interaziendali, favoriscano l'eventuale spostamento delle strutture da una provincia ad altra provincia, anche prevedendo l'attribuzione di maggiori risorse in relazione ai bisogni uniformi e diffusi;

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

Decreta:

#### Art. 1

Per le finalità di cui in premessa, è approvata la metodologia per la determinazione degli aggregati di spesa per la specialistica ambulatoriale convenzionata esterna e i relativi criteri per la determinazione del budget per l'anno 2010 delle singole strutture private accreditate da parte dei direttori generali delle ASP, di cui al documento tecnico che costituisce parte integrante del presente provvedimento (allegato A).

#### Art. 2

Sono determinati, sulla base della metodologia di cui all'articolo 1, gli aggregati provinciali per l'anno 2010, distinti per branca, come da sottostante tabella, da assegnare alle strutture private accreditate per l'attività specialistica ambulatoriale esterna, al netto del ticket e con l'esclusione delle prestazioni di nefrologia e radioterapia, dichiarando invalicabile l'aggregato regionale per l'intero comparto e gli aggregati provinciali.

Azienda	Aggregato 2010
ASP di Agrigento .....	33.980.000,00
ASP di Caltanissetta .....	8.401.000,00
ASP di Catania .....	66.001.000,00
ASP di Enna .....	4.401.000,00
ASP di Messina .....	36.387.000,00
ASP di Palermo .....	83.762.000,00
ASP di Ragusa .....	8.630.000,00
ASP di Siracusa .....	21.418.000,00
ASP di Trapani .....	26.412.000,00
<i>Totale ...</i>	<i>289.392.000,00</i>

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

#### Art. 3

Sono considerate, per effetto di quanto disposto dall'articolo 25 della legge regionale n. 5/2009, comma 1, lett. f), al di fuori degli aggregati di cui all'art. 2, le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in favore dei cittadini di altre regioni (mobilità attiva extra-regionale) e quindi dei budget assegnati alle singole strutture per l'anno 2010, le medesime prestazioni sono valorizzate in misura pari al 75% delle tariffe vigenti nel territorio regionale.

#### Art. 4

Gli aggregati per l'anno 2010 sono suddivisi per provincia e per branca, come da tabella allegata al presente documento (allegato B).

Nel caso in cui l'aggregato assegnato nel 2010 in una singola categoria di branca risulti non interamente fruibile in relazione alla domanda e/o alla potenzialità erogativa delle strutture presenti nel territorio provinciale, i direttori generali possono procedere al riequilibrio tra le branche allocando le risorse eccedenti in categorie di branche per le quali si rendano necessarie maggiori risorse. È riconfermata, altresì, la possibilità esclusivamente per gli erogatori accreditati per più branche, di operare i suddetti meccanismi di riequilibrio anche tra le diverse branche per cui sono accreditati, nel limite massimo del 30% del valore della quota parte del budget individuale assegnato per branca, purché il riequilibrio avvenga all'interno dello stesso budget individuale e nel rispetto dell'aggregato provinciale.

Al fine di garantire una uniformità territoriale nella distribuzione delle strutture erogatrici, i direttori generali delle ASP, attraverso la stipula di intese o accordi interaziendali, favoriscono l'eventuale trasferimento delle strutture da una provincia ad altra provincia, anche con l'attribuzione di maggiori risorse in relazione ai bisogni uniformi e diffusi, previo riscontro dei requisiti previsti dalla normativa vigente.

#### Art. 5

Gli incentivi correlati ai criteri premiali di cui all'allegato documento tecnico sono riservati esclusivamente alle strutture private di laboratorio di analisi accreditate e contrattualizzate che si aggregano ai sensi del decreto n. 1933 del 16 settembre 2009 come modificato ed integrato

dal decreto n. 2674 del 18 novembre 2009, a decorrere dall'1 aprile 2010.

Sarà cura dei direttori generali delle ASP comunicare a questo Assessorato – dipartimento di pianificazione strategica:

1) numero e denominazione delle strutture che si aggregano e relativa tipologia per fascia;

2) budget delle singole strutture e numero di prestazioni e determinazione delle risorse da attribuire a ciascuna struttura secondo la metodologia di calcolo indicata nel documento tecnico.

Ai fini dell'attribuzione della suddetta premialità, dovrà tenersi conto anche delle strutture già aggregate prima della entrata in vigore del decreto n. 1933 del 16 settembre 2009 come modificato ed integrato dal decreto n. 2674 del 18 novembre 2009 e, comunque, con decorrenza dall'1 gennaio 2009.

Con separato provvedimento si procederà alla quantificazione delle risorse da assegnare in relazione ai suddetti criteri premiali, a seguito delle comunicazioni pervenute.

#### Art. 6

Le strutture private accreditate di specialistica ambulatoriale concorrono alla realizzazione del programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali di cui al decreto n. 2654 del 17 novembre 2009, impegnandosi, nell'ambito degli aggregati di spesa stabiliti a livello provinciale e per branca, a garantire il raccordo al sistema unico di prenotazione in corso di sviluppo a livello delle singole aziende e a livello regionale e rispondendo alle esigenze di monitoraggio del sistema informativo-informatico regionale.

#### Art. 7

Le strutture private accreditate, già autorizzate ad effettuare trattamenti riabilitativi in regime ambulatoriale (paragrafo 2.2-a dell'allegato al decreto 17 giugno 2002, n. 890), possono concorrere ad erogare prestazioni riabilitative domiciliari esclusivamente nell'ambito dei programmi di cure domiciliari integrate rivolti a soggetti non autosufficienti per i quali l'UVM (unità di valutazione multidimensionale) ha definito un progetto assistenziale individualizzato sulla base della valutazione dell'appropriatezza terapeutica rispetto al grado di complessità dei pazienti, effettuata attraverso lo strumento di valutazione in uso (SVAMA) e limitatamente al percorso riabilitativo indicato al PR 1 di cui al decreto del 27 giugno 2002. A tal fine le Aziende potranno stipulare accordi con le strutture per l'erogazione di tali prestazioni domiciliari la cui remunerazione dovrà essere effettuata nell'ambito delle risorse destinate all'assistenza domiciliare integrata.

#### Art. 8

Le strutture private accreditate, già autorizzate ad effettuare prestazioni di diagnostica di laboratorio possono concorrere ad assicurare le prestazioni di prelievo ematico domiciliare all'interno dei programmi di cure domiciliari integrate rivolti a soggetti non autosufficienti per i quali l'UVM ha definito un progetto assistenziale individualizzato sulla base della valutazione multidimensionale attuata con lo strumento in uso (SVAMA) secondo quanto previsto dal decreto del 2 luglio 2008. Tale tipologia di prestazioni domiciliari, effettuata dal personale abilitato al prelievo ai sensi della normativa vigente e in possesso dei requisiti di cui al decreto n. 890/2002, sarà remunerata nella misura di 7,50 euro per percorso tra sede della strut-

tura e domicilio del paziente fino a 3 Km e nella misura di euro 10,50 per percorso superiore a 3 Km su base regionale, comprensivi del valore della tariffa regionale in atto vigente di euro 2,58 (codici 91.49.1 o 91.49.2 o 91.49.3), nell'ambito delle risorse destinate all'assistenza domiciliare integrata.

#### Art. 9

Le prestazioni contrassegnate con codice 048 e correlate alla patologia oncologica accertata, individuate nell'apposito elenco allegato, erogate in misura eccedente rispetto al numero complessivo delle prestazioni con tale codice riferite all'anno precedente, possono essere remunerate al di fuori del budget, fino ad un valore massimo pari al 5% del valore complessivo delle prestazioni con tale codice erogate nell'anno precedente, purchè prescritte dallo specialista oncologo del S.S.R. o convenzionato con esso, da allegare alla prescrizione del medico curante, e rendicontate attraverso il flusso M. In ogni caso, sulle ricette S.S.N. relative a tali prestazioni, dovrà essere riportata, nell'apposito spazio della ricetta dedicato, l'indicazione della diagnosi come previsto per le prescrizioni specialistiche ai sensi dell'art. 50 delle legge n. 326/03.

#### Art. 10

È fatto obbligo ai direttori generali delle aziende sanitarie provinciali di definire, nell'ambito dell'attività di governo della domanda, strategie volte a sviluppare azioni sinergiche pubblico-privato, che permettano il raggiungimento di obiettivi di appropriatezza delle cure e continuità delle stesse.

#### Art. 11

I direttori generali delle aziende sanitarie provinciali dovranno espletare le attività negoziali con i soggetti erogatori, o con le OO.SS. da essi delegate, entro 30 giorni dalla notifica del presente decreto, nel rispetto degli obiettivi assegnati e inviando all'Assessorato, nei successivi 20 giorni, i contratti sottoscritti con gli stessi erogatori, autenticati ai sensi di legge.

#### Art. 12

Restano confermate le disposizioni contenute all'art. 8 (materia contrattuale), all'art. 9 (tempistica flussi informativi e relativa rendicontazione), all'art. 10 (modalità di erogazione delle prestazioni) e all'art. 11 (liquidazione delle prestazioni) di cui al decreto n. 1128 del 12 giugno 2009.

Palermo, 15 marzo 2010.

RUSSO

#### Allegato A

##### SPECIALISTICA CONVENZIONATA ESTERNA DOCUMENTO TECNICO PER LA METODOLOGIA DI DETERMINAZIONE DEGLI AGGREGATI DI SPESA PER L'ANNO 2010

La Regione è tenuta, ai sensi dell'articolo 25 della legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, rispetto al settore della specialistica ambulatoriale esterna convenzionata, a definire annualmente il tetto di spesa regionale da assegnare attraverso la determinazione degli aggregati provinciali, a partire dall'analisi del fabbisogno ed in base alle risorse disponibili, nonché a stabilire i criteri per la contrattazione, da parte dei direttori generali delle ASP, dei budget da assegnare alle singole strutture accreditate.

*Elementi e fonti di analisi*

Le fonti e gli indicatori utilizzati ai fini della presente analisi sono i seguenti:

— risultanze emerse dal "Rapporto sulla specialistica ambulatoriale in Sicilia" redatto a cura dell'Osservatorio epidemiologico regionale, già sottoposte alla valutazione dei Ministeri con esito positivo in data 28 settembre 2009, da cui si evincono anche elementi di confronto con il contesto nazionale (Fonti ISTAT desunte dal database health for all, versione dicembre 2007, comprendente anche l'indagine Multiscopo ISTAT, anno 2005);

— risultanze emerse dall'analisi dell'attività erogata dalle strutture private della Regione negli anni 2007-2009, così come dedotte dai flussi M, distinte per branca e per provincia;

— risultanze emerse dall'analisi dell'attività erogata dalle strutture pubbliche della Regione nell'anno 2009, così come dedotta dall'ultimo dato consolidato disponibile della produzione complessiva (flusso C), distinta per branca e per provincia;

— numero di prestazioni procapite medio regionale distinto per branca, applicato alle singole province sulla base della popolazione residente all'1 gennaio 2009, pesata secondo gli indicatori ministeriali di seguito riportati:

Classi di età	0	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-75	> di 75
Pesi	0,242	0,204	0,169	0,228	0,363	0,573	1	0,897

La presente analisi riguarda le seguenti branche specialistiche e raggruppamenti di branche:

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

Non sono incluse nella presente analisi:

- le prestazioni di specialistica ambulatoriale afferenti alle branche di "radioterapia" e "nefrologia" che saranno oggetto di separato provvedimento in considerazione della loro natura "salvavita";
- le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale) che, per effetto di quanto disposto dall'articolo 25 della legge regionale n. 5/2009, comma 1 lett. f), verranno considerate al di fuori dell'aggregato complessivo regionale per l'anno 2010 e quindi dei budget assegnati alle singole strutture e valorizzate in misura pari al 75% delle tariffe vigenti nel territorio regionale.

*Risultanze dell'analisi*

— in base alla fonte ISTAT utilizzata, emerge un maggior ricorso in Sicilia ad accertamenti di laboratorio (per 100 persone con le stesse caratteristiche e tassi standardizzati) rispetto alla media nazionale riconducibile ad un maggior numero di accertamenti per ciascun individuo (20,8 vs 18,4);

— il ricorso ad altre prestazioni specialistiche (non di laboratorio) si rileva inferiore al valore medio nazionale (6,5 vs 8);

— complessivamente il tasso di accertamenti totali per 100 persone risulta in linea con la media nazionale;

— dagli elementi di confronto disponibili su base nazionale in Sicilia risulta il più alto tasso di strutture di laboratorio in rapporto alla popolazione residente; in coerenza, quindi, con il processo in atto di riorganizzazione e di riqualificazione della rete di offerta, giusta decreto n. 1933 del 16 settembre 2009 come modificato ed integrato dal decreto n. 02674 del 18 novembre 2009, sono individuati specifici criteri premiali per le strutture private di laboratori di analisi che si aggregano come meglio indicato nel prosieguo del documento;

— dall'analisi dell'attività ambulatoriale erogata dalle strutture della Regione negli anni in osservazione permane una evidente correlazione tra la richiesta di prestazioni ambulatoriali e l'offerta sanitaria presente sul territorio nonché una notevole variabilità nelle diverse province siciliane, sia in termini di volumi di prestazioni procapite che di spesa procapite per analoghe branche specialistiche.

*Aggregati provinciali per branca/raggruppamenti di branca: descrizione del metodo di calcolo*

Sulla base di quanto emerso dall'analisi dell'attività ambulatoriale resa dalle strutture pubbliche e private accreditate della Regione, si assume il volume della produzione rilevata dagli appositi flussi informativi (Flussi C e M) nell'anno 2009, con la precisazione che si è provveduto ad utilizzare il volume di attività massima riscontrata in uno degli anni del triennio 2007-2009 delle strutture private laddove in esso si registrava una maggiore capacità produttiva, al

fine della determinazione del fabbisogno di prestazioni ambulatoriali dei cittadini siciliani.

Si procede alla determinazione dei tetti di spesa in funzione dell'effettivo fabbisogno e dell'esigenza di riequilibrare la disomogeneità esistente tra le province, secondo la metodologia di seguito descritta:

1) Si prende in considerazione il volume delle prestazioni rese dal pubblico dell'anno 2009 e dal privato nell'anno di massima capacità produttiva ai cittadini residenti nella Regione, al netto delle prestazioni rese sia dal pubblico che dal privato a cittadini non residenti (mobilità attiva extra regionale).

2) Si suddivide il valore di cui al punto 1 per la popolazione residente pesata secondo il sistema dei pesi stabilito dal Ministero di cui in premessa (rapportato all'intera popolazione residente) ottenendo, per provincia e per branca, il numero delle prestazioni procapite.

3) Si calcola il numero medio regionale di prestazioni procapite e si assume come valore di riferimento.

4) Si moltiplica il valore di cui al punto 3 per la popolazione pesata di ciascuna provincia ottenendo il fabbisogno teorico di prestazioni per popolazione residente pesata per ciascuna branca.

5) Si sottrae al valore di cui al punto 4, per ciascuna provincia e branca, il volume di attività resa dal pubblico ai cittadini siciliani nell'anno 2009, ottenendo la quota di fabbisogno teorico di prestazioni ambulatoriali da privato.

6) Il valore di cui al punto 5 si corregge con il saldo di mobilità infraregionale resa dal privato (aggiungendo la quota di mobilità attiva e sottraendo la quota di mobilità passiva) ottenendo il fabbisogno teorico comprensivo del saldo di mobilità di prestazioni ambulatoriali per ciascuna provincia e branca.

7) Si procede alla valorizzazione in euro del fabbisogno di prestazioni ambulatoriali per ciascuna provincia e per branca, suddividendo il valore complessivo delle prestazioni erogate dal privato per il numero complessivo corrispondente delle relative prestazioni (massima capacità produttiva nel triennio 2007-2009), ottenendo il valore del costo medio per prestazione; si moltiplica il valore ottenuto per il numero delle prestazioni risultanti dalla determinazione del fabbisogno di cui al punto 6, ottenendo in tal modo l'ammontare teorico delle risorse necessarie per far fronte al suddetto fabbisogno.

8) Si riconduce proporzionalmente il valore di cui al punto 7 all'aggregato regionale destinato alla singola branca nell'anno 2010 tenuto conto delle risorse disponibili.

9) Si calcola lo scostamento tra il valore teorico di cui al punto 8 rispetto all'aggregato corrispondente per l'anno 2009.

10) Lo scostamento rilevato con le operazioni di cui al punto 9 viene assunto nella misura del 10% come fattore correttivo sull'aggregato 2009.

11) Laddove la valorizzazione relativa all'anno 2009 risulti inferiore all'aggregato attribuito nello stesso anno, si assume come fattore correttivo il 10% del valore dell'attività erogata nell'anno 2009; nel caso in cui nel relativo territorio provinciale non esistono strutture erogatrici della specifica branca considerata si opera comunque l'attribuzione delle risorse spettante finalizzata all'incentivazione della allocazione nel relativo territorio di strutture erogatrici di cui in atto si riscontra la carenza.

12) Si determinano, per ciascuna provincia e branca, gli aggregati per l'anno 2010, operando il saldo algebrico dell'aggregato 2009 con il fattore correttivo calcolato ai punti 10 e 11.

13) Le risorse residuali, ancorché minimali, risultanti dalla metodologia sin qui descritta vengono attribuite proporzionalmente a quelle province in cui si registra una decurtazione rispetto all'aggregato 2009 per essere in tale ambito destinate alle branche particolarmente decurtate, fatta eccezione per i laboratori.

Al fine di perseguire il processo di riequilibrio introdotto con il presente provvedimento si provvederà ad un monitoraggio degli effetti al fine di definire per le annualità suddette analoghe o diverse modalità di calcolo.

Nel caso in cui l'aggregato assegnato nel 2010 in una singola categoria di branca risulti più capiente rispetto al dato di produzione dell'anno precedente, i direttori generali possono procedere al riequilibrio tra le branche allocando le risorse eccedenti in categorie di branche in cui l'aggregato per il 2010 dovesse risultare insufficiente.

*Metodologia di calcolo per la costruzione dei budget delle singole strutture*• *Criteri generali*

Per la determinazione del budget 2010 delle singole strutture private accreditate e con regolare rapporto convenzionale, i direttori generali delle ASP dovranno, per ciascuna branca, ripartire l'aggregato provinciale nel seguente modo:

— assumere come riferimento il 100% del budget assegnato nell'anno 2009 comprensivo della quota correlata ai criteri premiali di cui alla direttiva assessoriale n. 3532 del 18 novembre 2009; se il budget è superiore al valore dell'attività erogata (produzione), come rilevata dal Flusso M nell'anno 2009, assumere il valore della produzione;

— ricondurre proporzionalmente i valori dei budget al 95% dell'aggregato provinciale per branca;

— il restante 5% va distribuito, contestualmente alla suddetta quota in sede di assegnazione del budget alla singola struttura, sulla base di criteri specifici di seguito indicati per ciascuna branca.

Tale procedura non si applica alla branca di laboratorio per la quale va ripartito il 100% dell'aggregato provinciale di branca.

• *Criteri correlati a indicatori di qualità*

I criteri per la ripartizione della quota del 5% dell'aggregato per branca (fatta eccezione per la branca di laboratorio), sono differenziati in relazione alla verifica dei seguenti indicatori:

*FKT*

1) presenza giornaliera del fisiatra a tempo pieno (SI/NO: rilevazione e valutazione da parte delle ASP);

2) rapporto tra il personale qualificato (fisioterapista) dipendente con il contratto per la categoria ed il numero di pazienti trattati. Tale valore, di norma, non deve superare il rapporto, su base oraria, di 1 fisioterapista ogni 3 pazienti trattati; il metodo di calcolo su base annua, o semestrale, porterà quindi ad un parametro che più si discosterà in basso dal 3 più sarà indicativo di qualità e ricettività. (Il denominatore è inferiore o uguale a 2,5 pazienti trattati: rilevazione e valutazione da parte delle ASP) (SI/NO);

3) Incidenza tra totale delle spese sostenute per investimenti tecnologici nel periodo 2007-2009 (con dettaglio della documentazione comprovante l'acquisto delle nuove strumentazioni: numero matricola, contratti acquisto, comodati ecc.) e il totale del budget assegnato nello stesso periodo (la quota di risorse corrispondente verrà ripartita in misura proporzionale all'incidenza degli investimenti: rilevazione e valutazione da parte delle ASP).

*Radiologia e medicina nucleare*

1) Incidenza tra totale delle spese sostenute per investimenti tecnologici nel periodo 2007-2009 (con dettaglio della documentazione comprovante l'acquisto delle nuove strumentazioni: numero matricola, contratti acquisto, comodati ecc.) e il totale del budget assegnato nello stesso periodo (la quota di risorse corrispondente verrà ripartita in misura proporzionale all'incidenza degli investimenti: rilevazione e valutazione da parte delle ASP).

2) Dotazione organica della struttura: 2 punti per ogni unità di personale medico a 30 ore, 1 punto per ogni unità di personale non medico assunto a tempo pieno e 1 punto per ogni contratto esterno o lavoro interinale: rilevazione e valutazione da parte delle ASP.

*Branche a visita*

1) Incidenza tra totale delle spese sostenute per investimenti tecnologici nel periodo 2007-2009 (con dettaglio della documentazione comprovante l'acquisto delle nuove strumentazioni: numero matricola, contratti acquisto, comodati ecc.) e il totale del budget assegnato nello stesso periodo (la quota di risorse corrispondente verrà ripartita in misura proporzionale all'incidenza degli investimenti: rilevazione e valutazione da parte delle ASP).

2) Dotazione organica della struttura: 2 punti per ogni unità di personale medico a 30 ore, 1 punto per ogni unità di personale non medico assunto a tempo pieno e 1 punto per ogni contratto esterno o lavoro interinale: rilevazione e valutazione da parte delle ASP.

*Poliambulatori*

Nel caso di strutture che ricomprendono accreditamenti per più branche specialistiche si attribuisce un punteggio pari al numero delle branche accreditate.

Sulla base dei punti sopra descritti per le categorie di branca individuate si procederà a distribuire le risorse come segue:

A) Scomporre il 5% dell'aggregato afferente alla branca corrispondente per il numero dei suddetti punti qualificanti della stessa;

B) Suddividere il valore ottenuto:

i) per il numero delle strutture che risultano possedere il singolo requisito richiesto in proporzione al valore del 95% determinato con i criteri generali delle strutture interessate; questa azione va effettuata per ciascuno dei punti indicati;

ii) relativamente al punto 2) della radiologia e della medicina nucleare e 2) delle branche a visita deve essere distribuito in base al rapporto che si ottiene;

iii) relativamente al punto 3) della fisioterapia e al punto 1) della radiologia, medicina nucleare e delle branche a visita la quota di risorse corrispondente verrà ripartita in misura proporzionale all'incidenza degli investimenti: rilevazione e valutazione da parte delle ASP.

C) Procedere alla quantificazione del valore da attribuire alla singola struttura avente diritto, sommando i valori ottenuti dopo avere applicato i meccanismi di calcolo di cui al punto B in relazione ai requisiti effettivamente posseduti.

*Premialità per i laboratori che si aggregano*

Sono individuate per l'anno 2010, al di fuori dell'aggregato attribuito alla branca, specifiche risorse da destinare ai criteri premiali per le strutture private di laboratori di analisi che si aggregano ai sensi del decreto assessoriale n. 1933 del 16 settembre 2009 come modificato ed integrato dal decreto n. 2674 del 18 novembre 2009, da attribuire alle medesime strutture, classificate sulla base del volume delle prestazioni rese.

Il calcolo delle risorse per remunerare la suddetta premialità, è da effettuarsi a cura dei direttori generali delle ASP, in proporzione al budget di ciascuna struttura che si aggrega, tenendo conto della classificazione delle stesse strutture sulla base delle fasce indicate nella seguente tabella e modulando l'attribuzione della premialità all'interno della singola fascia secondo le percentuali indicate:

Tipologia	Prestazioni 2009	% da applicare al singolo budget
1ª fascia	Fino a 200.000	10%
2ª fascia	Da 200.000 a 300.000	5%
3ª fascia	Oltre i 300.000	3%

Sarà cura dei direttori generali delle ASP comunicare a questo Assessorato - Dipartimento di pianificazione strategica:

1) numero e denominazione delle strutture che si aggregano;

2) strutture risultanti dall'aggregazione e relativa tipologia per fascia;

3) quantificazione delle risorse da attribuire secondo la metodologia di calcolo sopra indicata in relazione alla fascia di appartenenza della nuova struttura risultante dall'aggregazione.

Ai fini dell'attribuzione della suddetta premialità, dovrà tenersi conto anche delle strutture già aggregate prima della entrata in vigore del decreto n. 1933 del 16 settembre 2009 come modificato ed integrato dal decreto n. 2674 del 18 novembre 2009 e comunque con decorrenza dall'1 gennaio 2009.

**Allegato B**

Azienda	Laboratori di analisi	Branche a visita	Radiologia	Medicina Nucleare	FKT	Aggregato 2010
ASP di Agrigento	11.096.000,00	9.677.000,00	4.578.000,00	1.526.000,00	7.103.000,00	33.980.000,00
ASP di Caltanissetta	4.048.000,00	1.625.000,00	2.345.000,00	46.000,00	337.000,00	8.401.000,00
ASP di Catania	26.640.000,00	13.022.000,00	12.463.000,00	1.864.000,00	12.012.000,00	66.001.000,00
ASP di Enna	1.779.000,00	652.000,00	1.805.000,00	17.000,00	148.000,00	4.401.000,00
ASP di Messina	17.210.000,00	4.967.000,00	6.770.000,00	1.218.000,00	6.222.000,00	36.387.000,00
ASP di Palermo	27.094.000,00	17.436.000,00	15.467.000,00	2.853.000,00	20.912.000,00	83.762.000,00
ASP di Ragusa	4.344.000,00	575.000,00	3.011.000,00	244.000,00	456.000,00	8.630.000,00
ASP di Siracusa	8.540.000,00	5.422.000,00	4.489.000,00	818.000,00	2.149.000,00	21.418.000,00
ASP di Trapani	9.249.000,00	2.964.000,00	4.796.000,00	414.000,00	8.989.000,00	26.412.000,00
<i>Totale . . .</i>	110.000.000,00	56.340.000,00	55.724.000,00	9.000.000,00	58.328.000,00	289.392.000,00

**Allegato C**

PRESTAZIONI INDISPENSABILI  
PER I PAZIENTI AFFETTI DA TUMORE  
QUINDI CON ESENZIONE PER PATOLOGIA CODICE 048

Anatomia patologica	Esame citologico, esame istologico
Anestesia	Visita, terapia del dolore, careteri centrali
Cardiologia	Visita, ECG, ecocardiografia
Chirurgia	Visita, piccoli interventi
Dermatologia	Visita, escissione lesione cutanee
Ematologia	Visita
Endocrinologia	Visita, ecografia
Endoscopia	EDGS, rettocolonscopia
Fisiatria	Visita, manovre riabilitative
Gastroenterologia	Visita, ecografia
Geriatrics	Visita, valutazioni geriatriche, (es. CGA)
Ginecologia	Visita, PAP test ecografia
Patologia clinica	Esami ematochimici, emocromo piastrine, markers
Medicina nucleare	Scintigrafia ossea, tiroidea, renale
Neurologia	Visita, elettromiografia, esame fundus oculi
Oculistica	Visita, fundus oculi
Odontoiatria	Visita, ortopantografia (pz. in terapia con bifosfonati)
Ortopedia	Visita
Otorinolaringoiatria	Visita, esame rinoscopico, biopsie
Pneumologia	Visita, spirometria, emogasanalisi
Psichiatria	Visita
Radiologia	Rx torace 2p, ecografia, TC, RMN
Reumatologia	Visita
Urologia	Visita, cistoscopia, ecografia specifica

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

**(2010.11.823)102**