

REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA

ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento per la Pianificazione Strategica

L'ASSESSORE

**DETERMINAZIONE AGGREGATI REGIONALI E PROVINCIALI DI SPESA
PER L'ASSISTENZA SPECIALISTICA 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 febbraio 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 19 febbraio 2004, n. 40 *"Norme in materia di procreazione medicalmente assistita"*;
- Visto** il Decreto Ministeriale 21 luglio 2004 *"Linee guida in materia di procreazione medicalmente assistita"*;
- 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, in particolare l'articolo 25 comma 3 che recita *"L'Assessore regionale per la sanità, ai sensi degli articoli 8-quater e 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, previo confronto con le rispettive associazioni di categoria maggiormente rappresentative, determina annualmente, in base alle risorse disponibili ed al fabbisogno rilevato sulla base dei dati epidemiologici dell'anno precedente, il tetto di spesa regionale per ospedalità privata e per la specialistica ambulatoriale, nonché per le prestazioni di nefrologia ed emodialisi"*;
- 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'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, recante: *"Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese"*, come modificato dall'articolo 17 del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 98, recante: *"Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia"* e, in particolare, il comma 7 relativo alla istituzione del fascicolo sanitario elettronico, nonché il DPCM n. 178/2015: *"Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico"*;
- 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"*;
- Visto** l'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano CSR n. 61 del 23 marzo 2011 in ordine ai criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio;
- Visto** il D.A. del 27 giugno 2002 (GURS 05 luglio 2002) e s.m.i. con il quale sono stati individuati i percorsi terapeutici di riabilitazione;

- Visto** il D.A. del 17 dicembre 2002 (GURS n. 12 del 2003) con il quale sono state determinate le tariffe omnicomprendenti dei percorsi terapeutici per l'attività ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione dal 1° agosto 2002;
- 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 D.A. n.2428 del 17 dicembre 2013 e s.m.i. con il quale sono state disposte le indicazioni relative alla erogazione delle prestazioni di radioterapia, di medicina nucleare, TAC e RMN;
- Visto** il D.A. n. 1559 del 20 dicembre 2024, pubblicato sulla GURS n. 2, parte prima del 10 gennaio 2025, recante “*Adozione del Catalogo Unico Regionale dal 30/12/2024 per l’aggiornamento del nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e recepimento elenco n.1 della protesica.*”, con il quale è stato adottato il Catalogo unico regionale dal 30 dicembre 2024 per l’aggiornamento del nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- Visto** il D.A. n. 1586 del 24 dicembre 2024, pubblicato sulla GURS n. 5, parte prima del 24 gennaio 2025, recante “*Determinazione quote di copayment per l’effettuazione delle tecniche di PMA omologa ed eterologa nella Regione Siciliana*”;
- Vista** la Legge n. 208 del 28 dicembre 2015 (legge di stabilità 2016) che all’articolo 1, comma 574, lett. a) ha modificato il comma 14 dell’art. 15 del Decreto-Legge n. 95 del 6 luglio 2012, convertito con modificazioni, dalla Legge 7 Agosto 2012 n.135 e s.m.i., apportando le seguenti variazioni: “*A tutti i contratti e agli accordi vigenti nell’esercizio 2012, ai sensi dell’articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l’acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l’assistenza specialistica ambulatoriale e per l’assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell’importo e dei corrispondenti volumi d’acquisto, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l’anno 2011, dello 0,5 per cento per l’anno 2012, dell’1 per cento per l’anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall’anno 2014...omissis*”;
- Visto** il D.A. n.182 del 1 febbraio 2017 “*Aggiornamento delle direttive per l’aggregazione delle strutture laboratoristiche della Regione Siciliana*”;
- Visto** il decreto-legge 26 ottobre 2019, n.124, coordinato con la legge di conversione 19 dicembre 2019, n. 157 recante: “*Disposizioni urgenti in materia fiscale e per esigenze indifferibili*” al comma 1-ter dell’art. 45 “*Disposizioni in materia di salute*” con il quale è stato 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*”;
- Visto** il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021, giusta Intesa della Conferenza Stato-Regioni Rep. 209/CSR del 18 dicembre 2019, che ha confermato i principi a garanzia dell’equilibrio economico e finanziario dell’intero sistema sanitario nazionale e gli obiettivi finalizzati al miglioramento della qualità dei servizi e dell’appropriatezza delle prestazioni;
- Visto** il D.A. n. 195 del 14 marzo 2022 recante “*Abilitazione dei medici specialisti privati accreditati e contrattualizzati con il SSN alla prescrizione in modalità dematerializzata*” pubblicato nella G.U.R.S. del 25 marzo 2022, n. 13;
- Visto** il D.A. n. 295 del 20 marzo 2025, pubblicato nella GURS n. 16, parte I del 4 aprile 2025, recante “*Differimento al 31 dicembre 2025 del termine per il completamento del processo di aggregazione delle strutture di laboratorio in virtù dell’articolo 4 del Decreto Legge 27 dicembre 2024, n. 202 convertito con modificazioni nella legge 21 febbraio 2025, n. 15.*”;
- Vista** la delibera n. 218 con la quale la Giunta regionale nella seduta del 27 giugno 2013 ha apprezzato il Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo 2013/2015 delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Servizio Sanitario Regionale, in prosecuzione del Programma Operativo 2010/2012, proposto ai sensi dell’art. 11 del D.L. 31 maggio 2010 n. 78 convertito in legge 30 luglio 2010 n. 122, adottato con DA n.476 del 26 marzo 2014 e s.m.i. e della sua prosecuzione con il “*Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema Sanitario Regionale 2016-2018*” approvato con D.A. n.2135 del 31 ottobre 2017 e con il “*Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo 2019-2021*” approvato con D.A. n. 438 del 18 maggio 2021;
- Visto** l’articolo 1, comma 233, della Legge 30 dicembre 2023, n.213 recante “*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 punti percentuali per l'anno 2025 e di 4 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale.”;

Vista la nota assessoriale prot. n. 1478 del 14 gennaio 2025 avente ad oggetto “*Specialistica ambulatoriale da privato – Direttiva per la valorizzazione provvisoria delle prestazioni mensili per l'anno 2025*”;

Visto il D.A. n. 713 del 8 luglio 2025, avente oggetto “*Variazione delle soglie previste all'art. 1 del decreto assessoriale n. 925 del 14 maggio 2013 e s.m.i. da applicare alla produzione delle prestazioni di dialisi per le strutture private accreditate e contrattualizzate per la branca di dialisi a seguito dell'adozione del Catalogo Unico Regionale per l'aggiornamento del nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (D.A. n. 1559 del 20 dicembre 2024)*” *previste dall'art.3 del decreto assessoriale n. 925 del 14 maggio 2013*”;

Visto il D.A. n. 794 del 29 luglio 2025 avente ad oggetto “*Approvazione del documento per la “Definizione del fabbisogno dei specialistica ambulatoriale” della Regione Siciliana*”;

Viste le note prot. n. 32940 del 9 luglio 2025 e successiva prot. n. 33050 del 10 luglio 2025, aventi ad oggetto “*Assegnazione aggregati di spesa di specialistica ambulatoriale esterna - anno 2025 – Richiesta potenziale fabbisogno 2025*” con le quali, ai centri PMA privati accreditati, è stata richiesta la trasmissione di “...omissis...una programmazione della attività da svolgersi sino al 31 dicembre 2025, indicando il numero di prestazioni, suddivise per cicli omologhi, cicli eterologhi e cicli di ovodonazione, che tenga conto dell'effettiva potenzialità della struttura.”, specificando che la stessa non deve, comunque, superare il valore di attività dichiarato dagli stessi centri per l'anno 2024 incrementato del 10%;

Considerato che l'Area Interdipartimentale 3 “*Statistica - Sistemi Informatici - Monitoraggi*” con nota prot n. 16011 del 20 marzo 2025, ha trasmesso i dati relativi ai flussi M consolidati alla data del 31 dicembre 2024, di tutte le branche;

Considerato che il Servizio 4 “*Programmazione Ospedaliera*”, con nota prot. n.35775 del 30 luglio, ha trasmesso i dati relativi all'attività dei centri PMA pubblici e privati accreditati dell'anno 2024;

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;

Considerato che secondo gli indirizzi regionali e i conseguenti piani aziendali, al fine di garantire un equilibrato soddisfacimento di salute riferita alle differenti branche di prestazioni, il riconoscimento delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie private accreditate e contrattualizzate con il SSN, avverrà, in relazione al fabbisogno rilevato, alla relativa domanda di salute espressa e tenuto conto del criterio della flessibilità in relazione alle risorse effettivamente disponibili;

Considerato che ai sensi dell'art. 25 della L.R. n.5/2009, per l'assistenza specialistica accreditata e contrattualizzata, la Regione è tenuta, sulla base delle risorse disponibili (Fondo Sanitario Regionale), a definire annualmente il tetto di spesa regionale e gli aggregati provinciali, nonché, stabilire i criteri per la contrattazione, da parte dei Legali Rappresentanti delle Aziende Sanitarie Provinciali, dei budget da assegnare alle singole strutture sanitarie private e/o singoli specialisti accreditati;

Tenuto conto dell'avvio del tavolo delle trattative con le OO.SS., giusto art. 25, comma 4, della L.R. 5/2009, e del conclusivo incontro con le stesse del 9 luglio 2025 a seguito del quale è stata definita l'ultima proposta per la determinazione degli aggregati regionali e provinciali di spesa per l'assistenza specialistica da privato e dei relativi criteri di determinazione dei budget delle singole strutture private accreditate e contrattualizzate con il SSR per l'anno 2025, secondo le linee definite da questo Assessorato per l'elaborazione del presente decreto;

Tenuto conto che con ulteriore provvedimento saranno assegnate in via sperimentale per l'anno 2025 risorse per attività e prestazioni sanitarie strettamente correlate all'area della prevenzione per il miglioramento degli indicatori LEA del Nuovo Sistema di Garanzia, a valere sulla linea 4 Prevenzione dei Progetti Obiettivo di Piano Sanitario. Le attività e le prestazioni di cui sopra, pari a euro **5.000.000,00**, dovranno essere remunerate agli operatori sanitari privati erogatori previa fatturazione separata e previo caricamento nei flussi informativi di riferimento;

Stabilito ai sensi dell'articolo 25 della L.R. n.5/2009 e per effetto del disposto di cui all'articolo 1, comma 233, della Legge 30 dicembre 2023, n.213, di definire l'aggregato di spesa regionale per l'assistenza specialistica ambulatoriale da privato per l'anno 2025 in complessivi euro

482.883.523,00, al netto del ticket e comprensivo delle prestazioni erogate per attività extraregionale;

Stabilito di considerare le prestazioni di “Emodialisi” (branca 13) e di “Radioterapia” (branca 24) quali prestazioni di carattere salvavita e come tali da erogarsi in ogni caso agli assistiti, secondo i protocolli terapeutici e le linee guida operanti per tale tipologia di assistenza;

Stabilito che, nell’ambito dell’aggregato di spesa complessivo anno 2025 per l’assistenza specialistica ambulatoriale devono, essere considerate:

- le risorse per le strutture sanitarie private ricadenti nelle provincie di Catania, Enna e Palermo denominate “*ex GSA*”, la cui contrattualizzazione è demandata alle AA.SS.PP. territorialmente competenti;
- le risorse per la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), in quanto dal 1° gennaio 2025 rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), per i centri PMA privati accreditati ricadenti nelle provincie di Catania, Messina, Palermo, Ragusa e Siracusa;
- risorse da destinare alle contrattualizzazioni tra il Dipartimento per la Pianificazione Strategica di questo Assessorato e gli Enti in Gestione diretta regionale, di seguito denominati “*Ambulatoriale Enti in GSA*”;

Tenuto conto delle comunicazioni pervenute dalle AA.SS.PP., in ordine ai trasferimenti di branche e/o di strutture/punti di accesso in aggregazioni, da una provincia ad un’altra, alla data del 31 maggio 2025;

Tenuto conto altresì, delle comunicazioni pervenute dai centri accreditati e convenzionati con il SSR che offrono prestazioni di specialistica ambulatoriale connesse alle tecniche di PMA, giuste note prot. 32940 del 9 luglio 2025 e successiva prot. n. 33050 del 10 luglio 2025;

Ritenuto di prevedere l’istituzione di un “*Fondo perequativo*”, derivante dall’applicazione dei criteri con i quali si determina l’aggregato di spesa provinciale e di branca per l’assistenza specialistica da privato relativamente alle “*Prestazioni ambulatoriali*” per l’anno **2025**, che l’Amministrazione destinerà, con successivi provvedimenti, alle Aziende Sanitarie Provinciali, per le seguenti finalità:

- 1) necessità di contrattualizzazione di nuovi soggetti (nuovi ingressi);
- 2) eventuali ulteriori fabbisogni assistenziali determinati da criticità derivanti dall’applicazione del presente decreto rilevate dall’ASP territorialmente competente;
- 3) attuazione di sentenze esecutive e risoluzione di contenziosi in atto;
- 4) implementazione nelle aree geograficamente disagiate delle prestazioni specialistiche, ove ritenute carenti, determinate sulla base dei fabbisogni assistenziali valutati dalle AA.SS.PP.;

Ritenuto di adottare, quale criterio che garantisca parità di trattamento all’ingresso di nuovi soggetti da contrattualizzare (soggetti accreditati e non contrattualizzati), un budget di ingresso pari a euro 50.000,00 per tutte le branche, ad eccezione della branca di Radiologia e PMA per le quali il budget di ingresso è fissato in euro 100.000,00;

Stabilito, per quanto precede, di determinare l’aggregato di spesa per l’assistenza specialistica da privato, per l’anno **2025**, comprensivo delle prestazioni erogate per attività extraregionale, pari complessivamente ad euro **482.883.523,00** al netto del ticket, come di seguito dettagliato:

	Aggregati 2025
<i>Prestazioni ambulatoriali</i>	<i>312.832.344,00</i>
<i>di cui PMA</i>	<i>3.500.000,00</i>
<i>di cui Fondo perequativo</i>	<i>1.710.842,00</i>
<i>Prestazioni di Radioterapia</i>	<i>35.000.000,00</i>
<i>Prestazioni di Nefrologia</i>	<i>102.000.000,00</i>
<i>Strutture “ex GSA”</i>	<i>13.401.179,00</i>
<i>Ambulatoriale Enti in GSA</i>	<i>19.650.000,00</i>
TOTALE	482.883.523,00

Considerato che dalle comunicazioni trasmesse dai centri PMA privati accreditati nel rispetto delle indicazioni di cui alle note dipartimentali prot. n. 32940 del 9 luglio 2025 e successiva prot. n. 33050 del 10 luglio 2025 e in linea con il valore della produzione dell’anno 2024 incrementata del 10%, si è rilevata una programmazione assistenziale connessa alle tecniche di PMA per un valore inferiore a quanto determinato nella superiore tabella che determina, pertanto, un residuo di aggregato regionale da ripartire in misura proporzionale alla produzione comunicata dagli

stessi centri;

Stabilito, pertanto, di determinare l'aggregato di spesa provinciale e di branca per l'assistenza specialistica da privato relativamente alle "*Prestazioni ambulatoriali*" per l'anno **2025**, comprensivo delle prestazioni erogate per attività extraregionale, delle risorse pari a euro 3.500.000,00 destinate alla PMA individuate sulla base dell'incidenza dell'utenza e dal nuovo inserimento delle prestazioni nei LEA avvenuto il 1° gennaio 2025, e del fondo perequativo pari a euro 1.710.842,00, per complessivi euro **312.832.344,00**, al netto del ticket, come dettagliatamente rappresentato nella tabella di cui all'allegato "A", che costituisce parte integrante del presente decreto, sarà redistribuito secondo i criteri di seguito illustrati:

- **Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)**

Le risorse sono assegnate in parte in misura proporzionale alla programmazione comunicata dai centri PMA privati accreditati nel rispetto delle indicazioni di cui alle note dipartimentali prot. n. 32940 del 9 luglio 2025 e successiva prot. n. 33050 del 10 luglio 2025, circa l'effettiva propria potenzialità all'erogazione di cicli omologhi, cicli eterologhi e cicli di ovodonazione, delle attività da svolgersi nel periodo agosto-dicembre 2025 e, per la parte residuale dell'aggregato regionale, in misura proporzionale alla produzione anno 2024 comunicata dagli stessi centri;

- **Prestazioni ambulatoriali**

1) 50% in misura proporzionale al fabbisogno della branca e della provincia di cui al D.A. n. 794 del 29 luglio 2025;

2) 50% in misura proporzionale all'aggregato di spesa della branca e della provincia dell'anno 2024;

Considerato che negli aggregati di spesa rientrano le prestazioni di assistenza specialistica da privato erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale), le AA.SS.PP. sono tenute, comunque, a richiedere alle strutture specialistiche separate fatturazioni comprovanti le prestazioni erogate in favore dei cittadini di altre Regioni a cui sarà applicata la tariffa regionale vigente nella misura del 100%, in conformità alle osservazioni sull'applicazione dell'articolo 25 della L.R. n.5/2009, comma 1, lett. f) e s.m.i., del Ministero della Salute; in assenza di separata fatturazione non saranno riconosciute le prestazioni erogate in mobilità attiva extra-regionale;

Stabilito che, al fine di assicurare le prestazioni indispensabili per i pazienti affetti da neoplasie, gli aggregati e i conseguenti budget assegnati a ciascuna struttura specialistica dovranno prioritariamente assicurare l'erogazione di tutte le prestazioni contrassegnate con codice "048" correlate alla patologia oncologica accertata e che la violazione di detta disposizione sarà assunto come "comportamento di non leale collaborazione" rilevabile dalle AA.SS.PP. ai fini della valutazione dei rapporti contrattuali intrattenuti con le stesse;

Ritenuto opportuno prevedere, per le sole prestazioni di specialistica ambulatoriale afferenti alle prestazioni di "*Emodialisi*" (branca 13) ed a quelle della branca di "*Radioterapia*" (branca 24), che:

1) gli eventuali superamenti dei tetti di spesa assegnati per l'anno 2025 saranno remunerati a consuntivo, sulla base dell'attività sanitaria effettivamente erogata, fatte salve comunque le disposizioni contenute nei D.A. n. 924 e n. 925 del 14 maggio 2013 e s.m.i. e del D.A. n. 799 del 7 maggio 2015. Le valutazioni ed i controlli di tipo clinico, epidemiologico e di appropriatezza, dovranno essere effettuati correntemente durante l'anno solare ed essere completati entro il 31 marzo del successivo anno;

2) le AA.SS.PP. nelle quali si dovesse profilare il superamento della spesa prefissata di cui al precedente punto 1), dovranno stipulare con i centri privati operanti sul proprio territorio di competenza appositi accordi integrativi, quantificando il fabbisogno aggiuntivo, previa verifica delle eventuali disponibilità di prestazioni erogabili presso i centri pubblici dello stesso territorio;

Ritenuto, in relazione alla maggiore domanda di prestazioni specialistiche, di destinare il 100% delle economie di spesa, discendenti dalla minore produzione di attività eventualmente verificatasi nelle branche della specialistica convenzionata da privato, diverse dalle branche di "*Emodialisi*" e di "*Radioterapia*", prioritariamente al riconoscimento delle maggiori prestazioni rilevate, sino alla concorrenza della spesa liquidabile, rispetto alla programmazione dell'anno 2025 per la medesima branca e successivamente alle altre branche; le AA.SS.PP. dovranno, eventualmente, stipulare con i centri privati operanti sul territorio di competenza appositi accordi integrativi, senza che questo influenzi o determini automatismi nella definizione del budget per l'anno successivo;

Ritenuto di destinare, per l'anno 2025, le eventuali economie di spesa, discendenti dalla minore produzione di attività, verificatasi nelle rispettive branche della specialistica convenzionata da privato di "*Emodialisi*" e di "*Radioterapia*", prioritariamente alla remunerazione delle maggiori prestazioni delle medesime branche sino alla concorrenza della spesa liquidabile e successivamente in favore delle altre branche della stessa provincia per le quali si è registrata una maggiore

domanda di prestazioni; le AA.SS.PP. dovranno, eventualmente, stipulare con i centri privati operanti sul territorio di competenza appositi accordi integrativi, senza che questo influenzi o determini automatismi nella definizione del budget per l'anno successivo;

Considerato, poiché coerente con le linee di programmazione sanitaria regionale, che le strutture e/o gli specialisti privati accreditati concorrono al processo di miglioramento degli indici di appropriatezza clinica ed organizzativa e di contenimento delle liste di attesa e che, pertanto, debbano conseguentemente impegnarsi, nell'ambito degli aggregati di spesa stabiliti a livello provinciale e per branca, a garantire il loro inserimento nel sistema unico di prenotazione sia a livello provinciale che regionale attraverso il Sovracup;

Considerato che la determinazione degli aggregati di spesa, di cui al presente provvedimento, è atto di natura programmatica, e che, pertanto, non determina di per sé, comunque, il diritto da parte degli erogatori privati a fornire prestazioni a carico del SSN, fermo restando l'obbligo delle Aziende Sanitarie Provinciali territorialmente competenti di verificare prima della stipula dei contratti, nonché periodicamente e la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici, strutturali e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del Servizio Sanitario Pubblico nell'ambito dei tetti massimi di spesa fissati con il presente decreto;

Preso atto, altresì, che, in base alle disposizioni vigenti, la partecipazione a programmi VEQ organizzati dalle Regioni è obbligatoria per i laboratori di analisi ai fini del mantenimento dell'autorizzazione sanitaria e dell'accreditamento e che, pertanto, la contrattualizzazione e la remunerazione delle prestazioni rese dai laboratori di analisi è subordinata, in particolare, alla conformità ai requisiti di partecipazione ai programmi VEQ regionali previsti dal DPR 14 gennaio 1997, dal DA n.890 del 17 giugno 2002 e dai DD.AA. n.3253 del 30 dicembre 2010, n.1682 del 12 settembre 2013, e DDG 64 del 7 febbraio 2024;

Considerato che le AA.SS.PP. nell'ambito della loro autonomia gestionale, giusto art. 3 del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e della l.r. n. 5/2009 e s.m.i., possono individuare eventuali prestazioni ritenute critiche a seguito di valutazione della propria offerta sanitaria territoriale e conseguentemente ritenere necessario procedere alla contrattualizzazione delle stesse;

Ritenuto di prevedere la possibilità per gli erogatori privati accreditati e contrattualizzati per più branche, di potere utilizzare la minore produzione di attività che dovesse verificarsi in una delle branche in favore delle altre che compongono il *budget* complessivo operando meccanismi di riequilibrio, nel limite massimo del 5% e comunque sempre entro i limiti del *budget* complessivo. Fermo restando il limite del budget complessivamente assegnato nell'anno 2025, è demandata, all'ASP territorialmente competente, la facoltà di operare il riequilibrio tra le diverse branche del singolo erogatore privato accreditato e contrattualizzato, direttamente in sede di contrattualizzazione, previa verifica da parte dell'Azienda sanitaria della maggiore produzione remunerata, verificatasi in una o più di esse nell'anno precedente e della valutazione dell'effettivo maggiore fabbisogno di prestazioni di una branca rispetto ad un'altra branca;

Considerata la necessità, da parte delle AA.SS.PP., di assegnare alle strutture private e contrattualizzate le risorse prioritariamente per l'effettuazione di specifiche prestazioni, in relazione al fabbisogno rilevato a livello aziendale e alla valutazione dei tempi di attesa, richiesti dagli assistiti;

Rilevata altresì, la necessità di dovere stabilire i termini per la sottoscrizione degli accordi contrattuali con gli operatori accreditati e contrattualizzati, da parte delle AA.SS.PP., entro il 30 settembre 2025, tenuto conto degli adempimenti a carico delle stesse Aziende Sanitarie Provinciali;

Ritenuto inoltre, necessario garantire la sostenibilità economica delle strutture accreditate e contrattualizzate e a tutela dell'attività sin qui svolta, con il riconoscimento delle prestazioni *ambulatoriali*, ad esclusione delle *prestazioni PMA*, rese nel primo semestre 2025 in ossequio alla citata nota assessoriale prot. n. 1478 del 14 gennaio 2025 che indicava alle AA.SS.PP. le modalità di *valorizzazione provvisoria delle prestazioni mensili per l'anno 2025* pari a 1/12 del budget delle strutture accreditate e contrattualizzate con il SSR nell'anno 2024;

Ritenuto di approvare i rispettivi schemi di contratto allegati, denominati allegato "C1 2025" e allegato "C2 2025 – PMA", che costituiscono parte integrante del presente decreto;

Ritenuto di dare mandato ai Legali Rappresentanti delle AA.SS.PP. di assegnare alle singole strutture accreditate e contrattualizzate con il SSR un budget per l'anno **2025** comprensivo delle prestazioni erogate per attività extraregionale, nel rispetto del limite invalicabile dell'aggregato di spesa provinciale determinato con il presente decreto, come segue:

- per le branche di **“Nefrologia”** e **“Radioterapia”** ripartire l’aggregato di spesa provinciale in proporzione alla produzione remunerata delle prestazioni di **“Emodialisi”** e della branca di **“Radioterapia”** nell’anno 2024;
- per le strutture **“ex GSA”** assegnare e ripartire l’aggregato di spesa in rapporto ai rispettivi contratti sottoscritti nell’anno 2024 per l’erogazione delle prestazioni ambulatoriali;
- per i centri PMA privati accreditati assegnare e ripartire l’aggregato provinciale per le **“Prestazioni di Procreazione Assistita (PMA)”** secondo la seguente metodologia:
 - 1) assegnare una quota sulla base della programmazione delle attività da svolgersi sino al 31 dicembre 2025, con decorrenza dalla pubblicazione del presente decreto, che tenga conto dell’effettiva potenzialità all’erogazione di cicli omologhi, cicli eterologhi e cicli di ovodonazione di ogni centro PMA privato accreditato che ne avrà fatta comunicazione in riscontro e in ossequio alle note dipartimentali prot. n. 32940 del 9 luglio 2025 e successiva prot. n. 33050 del 10 luglio 2025, che non superi, comunque, il valore di attività dichiarato dai centri PMA privati accreditati a questo Assessorato per l’anno 2024 incrementato del 10%;
 - 2) assegnare la parte residuale dell’aggregato provinciale in misura proporzionale alla produzione dell’anno 2024 comunicata dagli stessi centri;
 - 3) sommare i valori ottenuti in applicazione ai punti **“1”** e **“2”**;
- per le **“Prestazioni ambulatoriali”** relative alle altre branche il valore dell’aggregato provinciale per branca sarà distribuito tra le strutture accreditate e contrattualizzate con il SSR, secondo la seguente metodologia:
 - 1) per il periodo gennaio – giugno assegnare una quota corrispondente al 50% del budget contrattualizzato nell’anno 2024;
 - 2) per il restante periodo dell’anno in corso ripartire le risorse residue dell’aggregato provinciale di branca, al netto delle risorse assegnate in applicazione del punto 1, secondo i seguenti criteri:
 - il 60% in misura proporzionale al minore importo rilevato tra il budget e la produzione (Flusso M) relativi all’anno 2024;
 - il 40% in applicazione dei parametri specifici di branca secondo la metodologia di cui all’allegato **“B”** che costituisce parte integrante del presente decreto;
 - 3) sommare i valori ottenuti ai punti **“1”** e **“2”** il cui esito non potrà determinare assegnazioni di budget con variazioni negative inferiori al -5% e variazioni positive superiori al + 12% rispetto al minore importo tra il budget assegnato e il valore della produzione (Flusso M) dell’anno 2024;
 - 4) redistribuire le eventuali risorse residue generate a seguito dell’applicazione di cui al punto **“3”** a tutte le strutture, mediante applicazione dei criteri statuiti ai punti **“2”** e **“3”**, fino a esaurimento delle stesse e, comunque, nel rispetto dei limiti di variazioni positive non superiori al +12%;

Ritenuto che:

- è fatto obbligo alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali effettuare puntuale monitoraggio degli adempimenti di cui al presente decreto;
- le AA.SS.PP. dovranno riconoscere alle strutture l’intera produzione mensile erogata delle prestazioni di **“Emodialisi”** e di **“Radioterapia”**, in quanto branche salvavita;
- al fine di garantire la rapida adozione dei provvedimenti di competenza delle AA.SS.PP. gli operatori privati accreditati dovranno compilare il *form on line* definito dalla Regione, entro e non oltre 10 giorni naturali dal ricevimento del link che le Aziende provvederanno a trasmettere, per la definizione della quota di cui ai criteri di qualificazione delle strutture enunciati nell’Allegato **“B”**. L’eventuale ritardo o il mancato riscontro alla predetta rilevazione determinerà l’attribuzione del punteggio pari a zero per la componente **“qualità”**;
- è fatto obbligo alle AA.SS.PP. di effettuare i controlli, entro il 31 ottobre 2025, sulle dichiarazioni in ordine ai criteri e ai parametri di qualità trasmessi, attraverso il *form on line* dalle strutture accreditate e contrattualizzate su almeno il 10% delle stesse;

Visto l’articolo 68 della legge regionale 12 agosto 2014, n. 21 e s.m.i.

DECRETA

Articolo 1

Per quanto specificato in premessa, i cui contenuti qui si intendono integralmente richiamati, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 25 della Legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 e del disposto di cui all'articolo 1, comma 233, della Legge 30 dicembre 2023, n.213, l'aggregato regionale di spesa per l'assistenza specialistica da privato, comprensivo delle prestazioni erogate per attività extraregionale è determinato, per l'anno **2025**, in complessivi euro **482.883.523,00** al netto del ticket, come di seguito dettagliato:

	Aggregati 2025
<i>Prestazioni ambulatoriali</i>	<i>312.832.344,00</i>
<i>di cui PMA</i>	<i>3.500.000,00</i>
<i>di cui Fondo perequativo</i>	<i>1.710.842,00</i>
<i>Prestazioni di Radioterapia</i>	<i>35.000.000,00</i>
<i>Prestazioni di Nefrologia</i>	<i>102.000.000,00</i>
<i>Strutture "ex GSA"</i>	<i>13.401.179,00</i>
<i>Ambulatoriale Enti in GSA</i>	<i>19.650.000,00</i>
TOTALE	482.883.523,00

Articolo 2

L'aggregato di spesa provinciale e di branca per l'assistenza specialistica da privato relativamente alle "Prestazioni ambulatoriali" per l'anno 2025, pari a complessivi euro **312.832.344,00**, comprensivo delle prestazioni erogate per attività extraregionale, al netto del ticket e delle risorse pari a euro 3.500.000,00 destinate alla PMA sulla base dell'incidenza dell'utenza e dal nuovo inserimento delle prestazioni nei LEA avvenuto il 1° gennaio 2025, e del fondo perequativo pari a euro 1.710.842,00, come dettagliatamente rappresentato nella tabella di cui all'allegato "A", che costituisce parte integrante del presente decreto, sarà redistribuito secondo i criteri di seguito illustrati:

Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

Le risorse sono assegnate in parte in misura proporzionale alla programmazione comunicata dai centri PMA privati accreditati nel rispetto delle indicazioni di cui alle note dipartimentali prot. n. 32940 del 9 luglio 2025 e successiva prot. n. 33050 del 10 luglio 2025, circa l'effettiva propria potenzialità all'erogazione di cicli omologhi, cicli eterologhi e cicli di ovodonazione, delle attività da svolgersi nel periodo agosto-dicembre 2025 e per la parte residuale dell'aggregato regionale in misura proporzionale alla produzione anno 2024 comunicata dagli stessi centri;

Prestazioni ambulatoriali

- 1) 50% in misura proporzionale al fabbisogno della branca e della provincia di cui al D.A. n. 794 del 29 luglio 2025;
- 2) 50% in misura proporzionale all'aggregato di spesa della branca e della provincia dell'anno 2024.

Articolo 3

Nel rispetto dell'aggregato di spesa provinciale, di cui alla tabella rappresentata nell'allegato "A", determinato con il presente decreto, sulla base dei criteri di cui all'articolo 2 e in coerenza con i criteri che hanno presieduto la costruzione dell'aggregato regionale di cui all'articolo 1, i Legali Rappresentanti delle Aziende Sanitarie Provinciali assegnano alle strutture specialistiche accreditate e convenzionate con il SSR un budget, per l'anno **2025**, comprensivo delle prestazioni erogate per attività extraregionale e al netto del ticket, come segue:

- per le branche di "**Nefrologia**" e "**Radioterapia**" ripartire l'aggregato di spesa provinciale in proporzione alla produzione remunerata delle prestazioni di "**Emodialisi**" e della branca di "**Radioterapia**" nell'anno 2024;

- per le strutture “**ex GSA**” assegnare e ripartire l’aggregato di spesa in rapporto ai rispettivi contratti sottoscritti nell’anno 2024 per l’erogazione delle prestazioni ambulatoriali;
- per i centri PMA privati accreditati assegnare e ripartire l’aggregato provinciale per le “**Prestazioni di Procreazione Assistita (PMA)**”, secondo la seguente metodologia:
 - 1) assegnare una quota sulla base della programmazione delle attività da svolgersi sino al 31 dicembre 2025, con decorrenza dalla pubblicazione del presente decreto, che tenga conto dell’effettiva potenzialità all’erogazione di cicli omologhi, cicli eterologhi e cicli di ovodonazione di ogni centro PMA privato accreditato che ne avrà fatta comunicazione in riscontro e in ossequio alle note dipartimentali prot. n. 32940 del 9 luglio 2025 e successiva prot. n. 33050 del 10 luglio 2025, che non superi, comunque, il valore di attività dichiarato dai centri PMA privati accreditati a questo Assessorato per l’anno 2024 incrementato del 10%;
 - 2) assegnare la parte residuale dell’aggregato provinciale in misura proporzionale alla produzione dell’anno 2024 comunicata dagli stessi centri;
 - 3) sommare i valori ottenuti in applicazione ai punti “1” e “2”;
- per le “**Prestazioni ambulatoriali**” relative alle altre branche il valore dell’aggregato provinciale per branca sarà distribuito tra le strutture accreditate e contrattualizzate con il SSR, secondo la seguente metodologia:
 - 1) per il periodo gennaio – giugno assegnare una quota corrispondente al **50%** del budget contrattualizzato nell’anno 2024;
 - 2) per il restante periodo dell’anno in corso ripartire le risorse residue dell’aggregato provinciale di branca, al netto delle risorse assegnate in applicazione del punto 1, secondo i seguenti criteri:
 - il **60%** in misura proporzionale al minore importo rilevato tra il budget e la produzione (Flusso M) relativi all’anno 2024;
 - il **40%** in applicazione dei parametri specifici di branca secondo la metodologia di cui all’allegato “**B**” che costituisce parte integrante del presente decreto. Al fine di garantire la rapida adozione dei provvedimenti di competenza delle AA.SS.PP. gli operatori privati accreditati dovranno compilare il **form on line** definito dalla Regione, **entro e non oltre 10 giorni** naturali dal ricevimento del link che le Aziende provvederanno a trasmettere, per la definizione della quota di cui ai criteri di qualificazione delle strutture enunciati nell’allegato “**B**”. L’eventuale ritardo o il mancato riscontro alla predetta rilevazione determinerà l’attribuzione del punteggio pari a zero per la componente “*qualità*”;
 - 3) sommare i valori ottenuti ai punti “1” e “2” il cui prodotto non potrà determinare assegnazioni di budget con variazioni negative inferiori al - 5% e variazioni positive superiori al + 12% rispetto al minore importo tra il budget assegnato e il valore della produzione (Flusso M) dell’anno 2024;
 - 4) redistribuire le eventuali risorse residue generate a seguito dell’applicazione di cui al punto “3” a tutte le strutture, mediante applicazione dei criteri statuiti ai punti “2” e “3”, fino ad esaurimento delle stesse e, comunque, nel rispetto dei limiti di variazioni positive non superiori al +12%.

Articolo 4

È disposto, prudenzialmente, per l’anno 2025, un accantonamento pari a complessivi euro **1.710.842,00**, di cui alla voce “*Fondo perequativo*” per la totalità delle branche ad eccezione di “*Radioterapia*” e “*Nefrologia*”, delle “*Strutture ex GSA*” e “*Ambulatoriali Enti in GSA*”. Alla eventuale ripartizione e assegnazione delle somme accantonate, si provvederà con successivo decreto assessoriale, previa verifica dei requisiti formali e sostanziali delle specifiche richieste, che le Aziende Sanitarie Provinciali trasmetteranno, a seguito di formale richiesta da parte di questo Dipartimento.

Il “*Fondo perequativo*” è destinato alle seguenti finalità:

- 1) necessità di contrattualizzazione di nuovi soggetti (nuovi ingressi);
- 2) eventuali ulteriori fabbisogni assistenziali determinati da criticità derivanti dall’applicazione del presente decreto rilevate dall’ASP territorialmente competente;
- 3) attuazione di sentenze esecutive e risoluzione di contenziosi in atto;
- 4) implementazione nelle aree geograficamente disagiate delle prestazioni specialistiche, ove ritenute carenti, determinate sulla base dei fabbisogni assistenziali valutati dalle AA.SS.PP..

Articolo 5

La partecipazione a programmi VEQ organizzati dalle Regioni è obbligatoria per i laboratori di analisi ai fini del mantenimento dell'autorizzazione sanitaria e dell'accreditamento e che, pertanto, la contrattualizzazione e la remunerazione delle prestazioni rese dai laboratori di analisi è subordinata, in particolare, alla conformità ai requisiti di partecipazione ai programmi VEQ regionali previsti dal DPR 14 gennaio 1997, dal DA n.890 del 17 giugno 2002 e dai DD.AA. n.3253 del 30 dicembre 2010 e n.1682 del 12 settembre 2013.

Articolo 6

Gli aggregati provinciali per ciascuna tipologia di prestazioni sono comprensivi anche del costo dei contributi previdenziali, ove previsti per legge.

Articolo 7

Al fine di assicurare le prestazioni indispensabili per i pazienti affetti da neoplasie, gli aggregati e i conseguenti budget assegnati a ciascuna struttura specialistica dovranno prioritariamente assicurare l'erogazione di tutte le prestazioni contrassegnate con codice **"048"** correlate alla patologia oncologica accertata. La violazione di detta disposizione sarà assunto come *"comportamento di non leale collaborazione"*.

Articolo 8

Con riferimento alle prestazioni di specialistica ambulatoriale afferenti alle prestazioni di *"Emodialisi"* (facenti parte della branca di Nefrologia) ed a quelle della branca di *"Radioterapia"* (branca 24), si dispone che:

- 1) gli eventuali superamenti dei tetti di spesa assegnati per l'anno 2025 saranno remunerati a consuntivo sulla base dell'attività sanitaria effettivamente erogata, fatte salve comunque le disposizioni contenute nel D.A. n. 1559/2024 e nel D.A. n. 713/2025. Le valutazioni ed i controlli di tipo clinico, epidemiologico e di appropriatezza, dovranno essere effettuati correntemente durante l'anno solare ed essere completati entro il 31 marzo del successivo anno;
- 2) le AA.SS.PP. nelle quali si dovesse profilare il superamento della spesa prefissata di cui al precedente punto 1), dovranno stipulare con i centri privati operanti sul proprio territorio di competenza appositi accordi integrativi, quantificando il fabbisogno aggiuntivo, previa verifica delle eventuali disponibilità di prestazioni erogabili presso i centri pubblici dello stesso territorio.

Articolo 9

In relazione alla maggiore domanda di prestazioni specialistiche, i Legali Rappresentanti delle AA.SS.PP. devono destinare:

- 1) le economie di spesa discendenti dalla minore produzione di attività eventualmente verificatasi nelle branche della specialistica convenzionata da privato, diverse dalle prestazioni di *"Emodialisi"* e dalla branca di *"Radioterapia"*, prioritariamente al riconoscimento della maggiore produzione rilevata, rispetto alla programmazione dell'anno 2025 per la medesima branca e successivamente per le altre branche.
- 2) le eventuali economie di spesa, discendenti dalla minore produzione di attività, verificatasi nelle rispettive branche della specialistica convenzionata da privato di *"Emodialisi"* e di *"Radioterapia"*, prioritariamente alla remunerazione delle maggiori prestazioni delle medesime branche e successivamente in favore delle altre branche della stessa provincia per le quali si è registrata una maggiore domanda di prestazioni.

Per tutto quanto previsto ai precedenti commi, le AA.SS.PP. dovranno stipulare con i centri privati operanti sul territorio di competenza appositi accordi integrativi, senza che questo influenzi o determini automatismi nella definizione del budget per l'anno successivo.

Articolo 10

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale di *"Emodialisi"* erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale) sono considerate al di fuori del budget assegnato alle singole strutture. Le prestazioni erogate sulla base dei relativi piani terapeutici a cittadini non residenti e dimoranti temporaneamente in Sicilia non concorrono alla formazione del tetto. Le AA.SS.PP. dovranno chiedere alle strutture specialistiche di produrre separate fatture comprovanti le prestazioni erogate in

favore dei cittadini di altre Regioni. La mancata separata evidenza della contabilizzazione comporterà automaticamente il mancato riconoscimento delle prestazioni. Le prestazioni di “Emodialisi”, rientranti nella branca di “Nefrologia”, saranno valorizzate secondo quanto previsto dal decreto assessoriale n. 713 del 8 luglio 2025.

Articolo 11

Per le prestazioni sanitarie di cui al presente decreto, erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale), le strutture specialistiche sono tenute ad emettere separate fatture comprovanti le prestazioni specialistiche erogate in favore dei cittadini di altre Regioni.

La mancata separata evidenza della contabilizzazione fiscale comporterà automaticamente il mancato riconoscimento delle suddette prestazioni.

Articolo 12

Gli aggregati di spesa per l'anno **2025** sono suddivisi per provincia e per branca, come indicato nella tabella di cui all'allegato “A”, che costituisce parte integrante del presente provvedimento.

È prevista per l'anno **2025** la possibilità per gli erogatori privati accreditati e contrattualizzati per più branche, di utilizzare la minore produzione di attività che dovesse verificarsi in una delle branche in favore delle altre che compongono il budget complessivo operando meccanismi di riequilibrio, nel limite massimo del 5% e comunque sempre entro i limiti del budget complessivo. Fermo restando il limite del budget complessivamente assegnato nell'anno 2025 è demandata, all'ASP territorialmente competente, la facoltà di operare il riequilibrio tra le diverse branche del singolo erogatore privato accreditato e contrattualizzato, direttamente in sede di contrattualizzazione, previa verifica da parte dell'Azienda sanitaria della maggiore produzione remunerata verificatasi in una o più di esse nell'anno precedente e della valutazione dell'effettivo maggiore fabbisogno di prestazioni di una branca rispetto ad un'altra branca.

I contratti da stipulare devono individuare il volume delle prestazioni erogabili con analitica previsione delle quantità negoziate per singola prestazione ambulatoriale.

Articolo 13

Le strutture e/o gli specialisti privati accreditati concorrendo alla realizzazione del Programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali, in quanto funzionali nel processo di miglioramento degli indici di appropriatezza clinica ed organizzativa e di contenimento delle liste di attesa di cui al relativo Piano regionale, sono tenute, nell'ambito degli aggregati di spesa stabiliti a livello provinciale e per branca, a garantire il loro inserimento nel sistema unico di prenotazione sia a livello provinciale che regionale, ivi compresa la necessità di ciascuna azienda di esporre le agende relative alle prestazioni nel SovraCup regionale in fase di graduale operatività.

Le strutture private, nell'ambito del budget loro assegnato, sono tenute a garantire l'attuazione di quanto indicato nel decreto assessoriale n.2085/2010, pubblicato nella GURS del 27 agosto 2010, n.38 (regolamento di gestione delle prescrizioni) che disciplina le prescrizioni per livello di priorità clinica. Le strutture e/o gli specialisti privati accreditati e contrattualizzati concorrono al percorso di governo delle liste di attesa aziendali mediante le seguenti modalità operative:

- Gli specialisti ambulatoriali accreditati entrano a pieno diritto nei CUP aziendali delle AA.SS.PP. prenotando sulle proprie agende dai propri ambulatori, attraverso le apposite credenziali di accesso, le prestazioni richieste secondo i codici delle priorità previste;
- In esecuzione delle disposizioni di cui alla deliberazione di Giunta di Governo n°317/2023 così come integrato dalle circolari prot. n. 44702 del 11 agosto 2023, prot. 48952 del 15/09/2023, prot. n°50376 del 25/09/2023, prot. 4822 del 29/01/2024 gli operatori privati accreditati devono esporre le agende di prenotazione verso gli applicativi di prenotazione delle ASP e verso la piattaforma regionale Sovracup garantendo la completa visibilità dell'offerta sanitaria programmabile per la gestione del primo accesso;
- Gli operatori privati concorreranno al puntuale adempimento dei contenuti di cui alle direttive assessoriali e in particolare alla circolare prot. n. 21111 del 03 maggio 2024 volte all'implementazione del sistema di monitoraggio integrato ai fini della puntuale rilevazione dell'offerta sanitaria e al governo delle liste di attesa;

Articolo 14

I medici dei centri PMA privati accreditati sono autorizzati alla prescrizione delle sole prestazioni di accesso alla tecnica di PMA sia omologa che eterologa in modalità dematerializzata su sistema TS, previo inserimento degli stessi in anagrafe SOGEI da parte delle AA.SS.PP. territorialmente competenti. Le AA.SS.PP. vigileranno sulla corretta applicazione di quanto sopra specificato.

Articolo 15

Sono approvati i rispettivi schemi di contratto allegati, denominati allegato “**C1 2025**” e allegato “**C2 2025 – PMA**” che costituiscono parte integrante del presente decreto.

Articolo 16

Le Aziende Sanitarie Provinciali di competenza territoriale negozieranno le prestazioni con gli erogatori privati accreditati con sede sul proprio territorio e sottoscriveranno con i medesimi il contratto per l'annualità **2025** sulla base dello schema di contratto di cui agli allegati “**C 1 2025**” e “**C 2 2025 - PMA**” che costituiscono parte integrante del presente decreto e che le stesse, comunque, possono modificare secondo le proprie esigenze aziendali. Nel contratto dovranno essere indicate le prestazioni negoziate, sulla base del fabbisogno della popolazione residente valutato dall'azienda, con particolare riguardo alle liste di attesa e delle potenzialità della struttura, specificando le risorse ad esse destinate. Per le strutture e/o gli specialisti privati accreditati che per qualunque motivo non sottoscrivano il contratto di cui agli allegati “**C 1 2025**” e “**C 2 2025 - PMA**”, ivi compreso il caso in cui non intendano sottoscriverlo a seguito di formale diniego opposto dall'ASP alla richiesta di apporre eventuali riserve alla proposta contrattuale, così come formulata dall'ASP competente, fatto salvo il diritto ad adire l'Autorità giudiziaria e nel rispetto delle previsioni di cui all'articolo 7 e ss. della Legge 7 agosto 1990, n.241 e s.m.i., cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario regionale e si applica la sospensione dell'accreditamento istituzionale, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8 *quinquies*, comma 2 *quinquies* del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1 *quinquies* dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008).

In tale ultimo caso, a conclusione delle attività negoziali le AA.SS.PP. informeranno l'Assessorato Regionale della Salute e accantoneranno, a valere sul corrispondente aggregato, le somme relative al *budget* da attribuire alla struttura e/o allo specialista ricorrente, fino alla definizione dell'eventuale contenzioso.

Articolo 17

In considerazione delle articolate procedure istruttorie necessarie per la definizione del presente decreto, nonché tenuto conto dei conseguenti adempimenti a carico delle AA.SS.PP., il termine entro il quale i Legali Rappresentanti delle Aziende Sanitarie Provinciali dovranno espletare le attività negoziali con i soggetti erogatori, o con le OO.SS. da essi delegate, è stabilito al **30 settembre 2025** nel rispetto degli obiettivi assegnati.

Si fa obbligo ai Legali Rappresentanti di inviare, nei 30 giorni successivi, in formato elettronico, i contratti sottoscritti con gli erogatori nel rispetto degli aggregati di cui ai precedenti articoli, nonché i prospetti riassuntivi dei dati contrattuali secondo le indicazioni dell'Assessorato regionale della Salute.

Articolo 18

È fatto obbligo alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali effettuare:

- puntuale monitoraggio degli adempimenti di cui al presente decreto;
- i controlli, entro il 31 ottobre 2025, sulle dichiarazioni in ordine ai criteri e ai parametri di qualità trasmessi, attraverso il *form on line* dalle strutture accreditate e contrattualizzate su almeno il 10% delle stesse.

Articolo 19

Con successivo provvedimento, saranno assegnate alle AA.SS.PP., in via sperimentale per l'anno **2025**, risorse per attività e prestazioni sanitarie strettamente correlate all'area della prevenzione per il miglioramento degli indicatori LEA del Nuovo Sistema di Garanzia, a valere sulla linea 4 Prevenzione

dei Progetti Obiettivo di Piano Sanitario. Le attività e le prestazioni di cui sopra, pari a euro **5.000.000,00**, dovranno essere remunerate agli operatori sanitari privati erogatori, previa fatturazione separata e previo caricamento nei flussi informativi di riferimento.

Articolo 20

Gli oneri discendenti dal presente decreto trovano copertura nell'ambito delle risorse del fondo sanitario regionale assegnate annualmente per quota capitaria alle AA.SS.PP. dalla Regione Siciliana.

Articolo 21

Le disposizioni e gli aggregati di spesa contenuti nel presente decreto potranno subire variazioni per effetto di eventuali modifiche nei fabbisogni assistenziali.

Articolo 22

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

Il presente provvedimento, unitamente agli allegati che costituiscono parte integrante dello stesso, è trasmesso alla G.U.R.S. per la relativa pubblicazione e, successivamente, al Responsabile del procedimento di pubblicazione dei contenuti sul sito istituzionale, a fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione on line.

Palermo, 01/08/2025

L'Assessore
Dott.ssa Daniela Faraoni



DANIELA FARAONI
REGIONE SICILIANA
01.08.2025 14:09:44
GMT+02:00