

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 – BIENNIO 2026/2027**

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;
- 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;
- 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;
- Vista** la Delibera di Giunta n. 204 del 28 maggio 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.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.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** 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.”*;
- 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”*;
- Visto** il D.P. n. 14/A1/S.G. del 21 gennaio 2025 con il quale la dott.ssa Daniela Faraoni è stata nominata Assessore regionale con preposizione all'Assessorato regionale della salute;
- 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 di specialistica ambulatoriale" della Regione Siciliana";

Visto il D.P. Reg. n. 1194 del 5 marzo 2026, con il quale è stato "...omissis...conferito all'avv. Giovanni Bologna, Dirigente di terza fascia del ruolo unico dell'Amministrazione regionale...omissis...l'incarico di Dirigente generale ad interim del Dipartimento regionale per la pianificazione strategica dell'Assessorato regionale della salute, fino alla nomina del nuovo Dirigente generale del predetto Dipartimento regionale...omissis...";

Vista la nota assessoriale prot. /Serv.5 n. 3873 del 23 gennaio 2026 avente ad oggetto "Specialistica ambulatoriale da privato – Direttiva per la valorizzazione provvisoria delle prestazioni mensili per l'anno 2026";

Verificati i dati relativi ai flussi M consolidati alla data del 31 dicembre 2025, di tutte le branche, trasmessi dall'Area Interdipartimentale 3 "Statistica - Sistemi Informatici - Monitoraggi" con nota prot n. 10998 del 20 febbraio 2026;

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 3 marzo 2026 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 il biennio 2026/2027, secondo le linee definite da questo Assessorato per l'elaborazione del presente decreto;

Ritenuto interesse pubblico garantire, sulla scorta delle richieste pervenute dall'ASP di Messina e dall'ASP di Ragusa, giuste note prot n. 0029533/26 del 6 febbraio 2026 e prot. n. 0025401 del 24 febbraio 2026, dalle quali emerge un significativo e costante incremento del fabbisogno assistenziale di prestazioni afferenti alla branca di medicina nucleare della popolazione del proprio territorio, una uniformità territoriale nella distribuzione delle risorse, per migliorare l'offerta sanitaria inerente alla branca di "Medicina nucleare" delle stesse Aziende;

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 ciascun anno del biennio 2026/2027, in complessivi euro **494.250.784,00**, 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 per il biennio 2026/2027 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;

- 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 budget di branche e/o di strutture/punti di accesso in aggregazioni, da una provincia ad un'altra, alla data del 24 febbraio 2026;

Tenuto conto che nel caso di eventuali trasferimenti di budget da una branca ad un'altra e/o di strutture/punti di accesso in aggregazioni, da una provincia ad un'altra non comunicati a questa Amministrazione entro la data 24 febbraio 2026, le Aziende Sanitarie Provinciali territorialmente competenti dovranno procedere all'applicazione di specifici meccanismi di compensazione e conseguente trasferimento, tra gli ambiti provinciali, delle risorse idonee a garantire la copertura dei budget delle strutture;

Ritenuto di prevedere l'istituzione di un "*Fondo di garanzia*", per ogni annualità del biennio 2026/2027, 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;

Ritenuto altresì, di prevedere l'istituzione di un ulteriore "*Fondo esigenze assistenziali locali*" destinato alle Aziende Sanitarie Provinciali, nell'ambito di specifiche branche delle "*Prestazioni ambulatoriali*" per l'implementazione, nelle aree geograficamente disagiate o prive di adeguata offerta assistenziale, delle prestazioni specialistiche, ove ritenute carenti a livello distrettuale;

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, nella misura di euro **494.250.748,00**, per ciascun anno del biennio 2026/2027, salvo diverse disposizioni, per l'anno 2027, giusta legge 5 agosto 2022 n.118 - legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021- al netto del ticket, comprensivo delle prestazioni erogate per attività extra-regionale, come di seguito dettagliato:

	Aggregati biennio 2026/2027
<i>Prestazioni ambulatoriali</i>	323.906.600,00
<i>di cui "PMA"</i>	6.000.000,00
<i>di cui "Fondo di garanzia"</i>	1.400.000,00
<i>di cui "Fondo esigenze assistenziali locali"</i>	1.200.000,00
<i>Prestazioni di Radioterapia</i>	35.000.000,00
<i>Prestazioni di Nefrologia</i>	102.000.000,00
<i>Strutture "ex GSA"</i>	13.694.148,00
<i>Ambulatoriale Enti in GSA</i>	19.650.000,00
TOTALE	494.250.748,00

Stabilito pertanto, di determinare l'aggregato di spesa provinciale e di branca per l'assistenza specialistica da privato relativamente alle "*Prestazioni ambulatoriali*" per singola annualità del biennio 2026/2027, salvo diverse disposizioni, per l'anno 2027, giusta legge 5 agosto 2022 n.118 - legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021 - comprensivo delle prestazioni erogate per attività extraregionale, delle risorse pari a euro 6.000.000,00 destinate alla PMA, del "*Fondo perequativo*" pari a euro 1.400.000,00 e del "*Fondo esigenze assistenziali locali*" pari a euro 1.200.000,00, come dettagliatamente rappresentato nelle tabelle di cui agli allegati "**A1**" e "**A2**", che costituiscono parte integrante del presente decreto, secondo i criteri di seguito illustrati:

Prestazioni ambulatoriali

- 1) 60% in misura proporzionale al fabbisogno della branca e della provincia di cui al D.A. n. 794 del 29 luglio 2025;
- 2) 40% in misura proporzionale all'aggregato di spesa della branca e della provincia dell'anno 2025. Non sono previste variazioni positive di aggregato della branca e della provincia superiori al 4% rispetto all'aggregato di branca e di provincia dell'anno 2025, né riduzioni rispetto al medesimo valore;

Fondo esigenze assistenziali locali

- distribuzione proporzionale alla variazione percentuale dell'indice di consumo provinciale rispetto al valore mediano regionale, per le sole province dotate di strutture accreditate e contrattualizzate nella branca;

Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

- distribuzione proporzionale all'aggregato provinciale assegnato nel 2025;

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 ciascun anno del biennio 2026/2027, saranno remunerati a consuntivo, sulla base dell'attività sanitaria effettivamente erogata, fatte salve comunque, per la branca di "*Emodialisi*" (branca 13), le disposizioni contenute nel D.A. n. 925 del 14 maggio 2013 e s.m.i.. 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;

Considerato che, in coerenza con le linee di programmazione sanitaria regionale, 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;

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., individuano, laddove necessario, eventuali prestazioni ritenute critiche a seguito di valutazione della propria offerta sanitaria del fabbisogno rilevato e dei tempi di attesa e, conseguentemente, procedono, alla contrattualizzazione delle stesse per una quota di budget non inferiore al 20%;

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 nelle singole annualità del biennio 2026/2027, è demandata all'ASP territorialmente competente, la facoltà di operare il riequilibrio dei budget assegnati per 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;

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 30 giorni dalla pubblicazione nella G.U.R.S. del presente decreto, nel rispetto degli obiettivi assegnati;

Ritenuto di approvare i rispettivi schemi di contratto allegati, per ciascun anno del biennio 2026/2027 denominati allegato "C1" e allegato "C2 – 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 rispettivamente per le annualità 2026 e 2027, 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 2025;

- per le strutture "**ex GSA**" assegnare e ripartire l'aggregato di spesa in rapporto ai rispettivi contratti sottoscritti nell'anno 2025 per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali;

- per le "**Prestazioni ambulatoriali**" relative alle altre branche, ad eccezione della PMA, il valore dell'aggregato provinciale per branca sarà riconosciuto alle strutture accreditate e contrattualizzate con il SSR, secondo la seguente metodologia:

1) il 50% in misura proporzionale al minore importo rilevato tra il budget e la produzione (Flusso M) relativi all'anno 2025, fatte salve le seguenti eccezioni:

- per le strutture che non abbiano registrato alcuna produzione nell'anno 2025 o che abbiano sospeso la loro attività per un periodo limitato nell'arco temporale dell'anno 2025, per motivi connessi ad adeguamenti strutturali obbligatori, sospensioni di attività per trasferimento ad altra provincia, eventi e cause di forza maggiore, ovvero, per altra condizione certificata e debitamente documentata e validata dall'ASP territorialmente competente, deve essere considerato, rispettivamente, il valore del budget assegnato nell'anno 2025 nel primo caso e il valore di produzione stimato in proiezione all'intero anno nel secondo caso;

2) il 50% in applicazione dei parametri specifici di branca di cui all'allegato "B" che costituisce parte integrante del presente decreto, da calcolare come di seguito esposto:

a) individuare, per ciascuna struttura e mediante la piattaforma regionale all'uopo definita, i parametri oggetto di rilevazione per branca, di cui all'allegato "B" che costituisce parte integrante del presente decreto e moltiplicare per il corrispondente punteggio del parametro;

b) calcolare il punteggio complessivo della struttura quale somma dei punteggi ottenuti per ciascun parametro di cui all'allegato "B"; tale valore costituisce il PUNTEGGIO QUALITÀ, indicato con "**P**";

c) calcolare il PESO QUALITÀ "**W**" mediante applicazione di una funzione di potenza con parametro di progressività $q = 1,2$, secondo la seguente espressione:

$$W = P^q$$

d) assegnare il 50% dell'aggregato di branca e provincia alle strutture applicando la seguente formula:

- quota 50% dell'aggregato di branca e provincia / $\sum$ PESO QUALITÀ di tutte le strutture x PESO QUALITÀ della struttura = QUOTA DA ASSEGNARE ALLA STRUTTURA;

3) sommare i valori ottenuti ai punti "1" e "2" il cui esito non potrà determinare assegnazioni di budget, rispettivamente per gli anni 2026 e 2027, con variazioni negative inferiori al -3% - ad esclusione delle strutture il cui punteggio in applicazione dei criteri di cui al punto "2" risulti pari a zero - e variazioni positive superiori al + 8% rispetto al minore importo tra il budget assegnato e il valore della produzione (Flusso M) dell'anno 2025;

4) redistribuire le eventuali risorse residue generate a seguito dell'applicazione di cui al punto "3" a tutte le strutture - ad esclusione di quelle a cui, in applicazione dei criteri di cui al punto 2, è stato attribuito un punteggio pari a zero - 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 +8%;

5) per i centri PMA privati accreditati assegnare e ripartire l'aggregato provinciale per le "**Pre-stazioni di Procreazione Assistita (PMA)**" in misura proporzionale al budget assegnato per l'anno 2025;

6) distribuire le risorse di cui al "**Fondo esigenze assistenziali locali**" assegnate per branca e per provincia, alle strutture ricadenti in distretti nei quali si rileva una minore offerta rispetto alla domanda, secondo la seguente metodologia:

- valutazione del fabbisogno dei distretti sanitari della provincia con riferimento alle sole branche per cui la provincia ha ricevuto assegnazione del "fondo";

- assegnazione della quota di fondo alle strutture della branca insistenti nei distretti con maggiore esigenza assistenziale locale;

- per l'assegnazione delle predette risorse le Aziende Sanitarie Provinciali dovranno stipulare con i centri privati operanti sul territorio di competenza appositi accordi integrativi, senza che ciò influenzi o determini automatismi nella definizione del budget per gli anni successivi al 2027;

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 le schede disponibili nella piattaforma regionale all'uopo definita, 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 60 giorni dalla data di stipula del contratto con l'erogatore privato accreditato, sulle dichiarazioni in ordine ai criteri e ai parametri di qualità trasmessi, attraverso la piattaforma regionale, dalle strutture accreditate e contrattualizzate su almeno il 20% 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 ogni singola annualità del biennio 2026/2027, in complessivi euro **494.250.748,00** al netto del ticket, come di seguito dettagliato:

	Aggregati biennio 2026/2027
<i>Prestazioni ambulatoriali</i>	323.906.600,00
<i>di cui "PMA"</i>	6.000.000,00
<i>di cui "Fondo di garanzia"</i>	1.400.000,00
<i>di cui "Fondo esigenze assistenziali locali"</i>	1.200.000,00
<i>Prestazioni di Radioterapia</i>	35.000.000,00
<i>Prestazioni di Nefrologia</i>	102.000.000,00
<i>Strutture "ex GSA"</i>	13.694.148,00
<i>Ambulatoriale Enti in GSA</i>	19.650.000,00
TOTALE	494.250.748,00

Articolo 2

L'aggregato di spesa provinciale e di branca per l'assistenza specialistica da privato relativamente alle "*Prestazioni ambulatoriali*" per singola annualità del biennio 2026/2027, pari a complessivi euro **323.906.600,00**, comprensivo delle prestazioni erogate per attività extraregionale, al netto del ticket, delle risorse pari a euro 6.000.000,00 destinate alla PMA, del "*Fondo di garanzia*" pari a euro 1.400.000,00 e del "*Fondo esigenze assistenziali locali*" pari a euro 1.200.000,00, come dettagliatamente rappresentato nelle tabelle di cui agli allegati "**A1**" e "**A2**", che costituiscono parte integrante del presente decreto, è redistribuito secondo i criteri di seguito illustrati:

Prestazioni ambulatoriali

- 1) 60% in misura proporzionale al fabbisogno della branca e della provincia di cui al D.A. n. 794 del 29 luglio 2025;
- 2) 40% in misura proporzionale all'aggregato di spesa della branca e della provincia dell'anno 2025.

Non sono previste variazioni positive di aggregato della branca e della provincia superiori al 4% rispetto all'aggregato di branca e di provincia dell'anno 2025, né riduzioni rispetto al medesimo valore.

Fondo esigenze assistenziali locali

- Distribuzione proporzionale alla variazione percentuale dell'indice di consumo provinciale rispetto al valore mediano regionale, per le sole province dotate di strutture accreditate e contrattualizzate nella branca.

Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

- distribuzione proporzionale all'aggregato provinciale assegnato nel 2025.

Articolo 3

Nel rispetto dell'aggregato di spesa provinciale, di cui alle tabelle rappresentate negli allegati "**A1**" e "**A2**", 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 ogni anno del biennio 2026/2027, 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 2025;
- per le strutture "**ex GSA**" assegnare e ripartire l'aggregato di spesa in rapporto ai rispettivi contratti sottoscritti nell'anno 2025 per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali;
- per le "**Prestazioni ambulatoriali**" relative alle altre branche, ad eccezione della PMA, il valore dell'aggregato provinciale per branca sarà riconosciuto alle strutture accreditate e contrattualizzate con il SSR, secondo la seguente metodologia:

1) il 50% in misura proporzionale al minore importo rilevato tra il budget e la produzione (Flusso M) relativi all'anno 2025, fatte salve le seguenti eccezioni:

- per le strutture che non abbiano registrato alcuna produzione nell'anno 2025 o che abbiano sospeso la loro attività per un periodo limitato nell'arco temporale dell'anno 2025, per motivi connessi ad adeguamenti strutturali obbligatori, sospensioni di attività per trasferimento ad altra

provincia, eventi e cause di forza maggiore, ovvero, per altra condizione certificata e debitamente documentata e validata dall'ASP territorialmente competente, deve essere considerato, rispettivamente, il valore del budget assegnato nell'anno 2025 nel primo caso e il valore di produzione stimato in proiezione all'intero anno nel secondo caso;

2) il 50% in applicazione dei parametri specifici di branca di cui all'allegato "B" che costituisce parte integrante del presente decreto, da calcolare come di seguito esposto:

a) individuare, per ciascuna struttura e mediante la piattaforma regionale all'uopo definita, i parametri oggetto di rilevazione per branca, di cui all'allegato "B" che costituisce parte integrante del presente decreto e moltiplicare per il corrispondente punteggio del parametro;

b) calcolare il punteggio complessivo della struttura quale somma dei punteggi ottenuti per ciascun parametro di cui all'allegato "B"; tale valore costituisce il PUNTEGGIO QUALITÀ, indicato con "P";

c) calcolare il PESO QUALITÀ "W" mediante applicazione di una funzione di potenza con parametro di progressività $q = 1,2$, secondo la seguente espressione:

$$W = P^q$$

d) assegnare il 50% dell'aggregato di branca e provincia alle strutture applicando la seguente formula:

- quota 50% dell'aggregato di branca e provincia / $\sum$ PESO QUALITÀ di tutte le strutture x PESO QUALITÀ della struttura = QUOTA DA ASSEGNARE ALLA STRUTTURA;

3) sommare i valori ottenuti ai punti "1" e "2" il cui esito non potrà determinare assegnazioni di budget, rispettivamente per gli anni 2026 e 2027, con variazioni negative inferiori al -3% - ad esclusione delle strutture il cui punteggio in applicazione dei criteri di cui al punto "2" risulti pari a zero - e variazioni positive superiori al + 8% rispetto al minore importo tra il budget assegnato e il valore della produzione (Flusso M) dell'anno 2025;

4) redistribuire le eventuali risorse residue generate a seguito dell'applicazione di cui al punto "3" a tutte le strutture - ad esclusione di quelle a cui, in applicazione dei criteri di cui al punto 2, è stato attribuito un punteggio pari a zero - 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 +8%;

5) per i centri PMA privati accreditati assegnare e ripartire l'aggregato provinciale per le "**Pre-stazioni di Procreazione Assistita (PMA)**" in misura proporzionale al budget assegnato per l'anno 2025;

6) distribuire le risorse di cui al "**Fondo esigenze assistenziali locali**" assegnate per branca e per provincia, alle strutture ricadenti in distretti nei quali si rileva una minore offerta rispetto alla domanda, secondo la seguente metodologia:

- valutazione del fabbisogno dei distretti sanitari della provincia con riferimento alle sole branche per cui la provincia ha ricevuto assegnazione del "fondo";

- assegnazione della quota di fondo alle strutture della branca insistenti nei distretti con maggiore esigenza assistenziale locale;

- per l'assegnazione delle risorse di cui al punto "6", le Aziende Sanitarie Provinciali dovranno stipulare con i centri privati operanti sul territorio di competenza appositi accordi integrativi, senza che ciò influenzi o determini automatismi nella definizione del budget per gli anni successivi al 2027.

Articolo 4

È disposto, prudenzialmente, per ciascun anno del biennio 2026 e 2027, per la totalità delle branche ad eccezione di "**Radioterapia**" e "**Nefrologia**", delle "**Strutture ex GSA**" e "**Ambulatoriali Enti in GSA**":

1) un accantonamento pari a complessivi euro **1.500.000,000**, di cui alla voce "**Fondo di garanzia**" 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;

Alla eventuale ripartizione e assegnazione della somma accantonata di cui al superiore punto 1), 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.

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 ciascun anno del biennio 2026/2027 saranno remunerati a consuntivo sulla base dell'attività sanitaria effettivamente erogata, fatte salve comunque, per la branca di *"Emodialisi"* - facenti parte della branca di Nefrologia - le disposizioni contenute nel D.A. n. 925 del 14 maggio 2013 e s.m.i.. 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

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 10

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 11

Gli aggregati di spesa per ciascun anno del biennio 2026/2027 sono suddivisi per provincia e per branca, come indicato nelle tabelle di cui agli allegati “A1” e “A2”, che costituiscono parte integrante del presente provvedimento.

È prevista per ciascun anno del biennio 2026/2027 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 rispettivamente per le annualità del biennio 2026/2027, è demandata, all’ASP territorialmente competente, la facoltà di operare il riequilibrio dei budget assegnati per 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 12

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 13

Sono approvati i rispettivi schemi di contratto allegati, per ciascun anno del biennio 2026/2027, denominati allegato “C1” e allegato “C2 – PMA”, che costituiscono parte integrante del presente decreto.

Articolo 14

È adottato, 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.

Articolo 15

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 ciascun anno del biennio **2026/2027** sulla base dello schema di contratto di cui agli allegati denominati allegato “C1” e allegato “C2 – 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.

Le AA.SS.PP. destinano una quota di budget non inferiore al 20% alle prestazioni individuate quali critiche a seguito di valutazione della propria offerta sanitaria del fabbisogno rilevato e dei tempi di attesa.

Articolo 16

I Legali Rappresentanti 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 pubblicazione nella G.U.R.S. del presente decreto 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 17

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

- puntuale monitoraggio degli adempimenti di cui al presente decreto;
- i controlli, entro 60 giorni dalla data di stipula del contratto con l’erogatore privato accreditato, sulle dichiarazioni in ordine ai criteri e ai parametri di qualità trasmessi, attraverso la piattaforma regionale, dalle strutture accreditate e contrattualizzate su almeno il 20% delle stesse.

Articolo 18

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 19

Le disposizioni e gli aggregati di spesa contenuti nel presente decreto potranno subire variazioni per effetto di eventuali modifiche nei fabbisogni assistenziali e per l’annualità 2027 salvo diverse disposizioni giusta legge 5 agosto 2022 n.118 (legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021).

Articolo 20

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, 2 aprile 2026

L'Assessore
Dott.ssa Daniela Faraoni



DANIELA FARAONI
REGIONE
SICILIANA
02.04.2026
17:07:48
GMT+02:00