

CIMEST

Coordinamento Intersindacale Medicina Specialistica di Territorio



ARDISS - FKT - CITDS - CROAT - SARA - SBV - SIOD

Presidente: Dr. Salvatore Calvaruso - Tel. 392 8762508
cimest.coordinaimento@gmail.com - cimest@pec.it

Conf
com



Conf Salute

Relazione sui punti critici del Decreto Assessoriale n. 418/2026

Le scriventi Organizzazioni Sindacali alla luce della seduta n.125 della Commissione Salute tenutasi il 15 c.m. e da quanto esposto in quella sede sul D.A. 418 "Determinazione aggregati regionali e provinciali di spesa per l'assistenza specialistica da privato biennio 2026-2027", ribadisce le criticità già evidenziate nel documento allegato al verbale della seduta summenzionata. (all.1)

I criteri di assegnazione delle risorse per la specialistica territoriale accreditata, presentano gravi criticità, che finiscono per comprometterne, legittimità ed efficacia operativa.

Il Criterio fondante che non viene rispettato è quello meritocratico che deve stare alla base di qualsiasi metodologia valutativa.

Apoditticamente ed, anzi, in contraltare con il corretto rapporto tra attività virtuosa e punteggio di qualità, strutture con elevato punteggio ed ottimi standard assistenziali vengono puntualmente penalizzate a vantaggio di strutture con standard assistenziali di gran lunga minori. Causando effetti distortivi che penalizzano strutture con maggiore qualità, congruità e capacità erogativa.

Tali effetti risultano in contrasto con l'orientamento giurisprudenziale volto a superare il criterio storico e premiare strutture maggiormente qualificate, nonché con quanto condiviso nei tavoli tecnici, di costruttiva autocritica col conseguente proponimento, non rispettato, di porre rimedio alla stortura del 2025. Non ci riconosciamo pertanto nell'impianto dei punteggi così come decretato.

In particolare nel calcolare il **Peso Qualità** della struttura (art.3 comma2 c) il parametro di progressività $q = 1,2$ non appare sufficiente ad evitare l'appiattimento dei punteggi generando quindi l'effetto redistributivo degli aggregati come nel 2025. Si chiede di adeguarsi a quanto concordato in Commissione Salute, quindi di elevare il coefficiente di progressività a **$p = 1,3$** , al fine di rendere realmente premiale la qualità ed assicurare coerenza tra obiettivi dichiarati e risultati concreti.

Si chiede di modificare la metodologia di calcolo del 50% del budget (art.3 comma1) in misura proporzionale al valore minore tra budget e produzione media **2024-2025**; questo per attenuare l'effetto distortivo causato dal D.A.845/2025 che non aveva previsto una salvaguardia alle strutture che, per motivi non dipendenti dalla loro volontà, avevano ridotto la loro produzione nel corso degli anni 2024/2025;

inoltre con la tardiva contrattualizzazione e la redistribuzione lineare dei budget ha determinato gravi e potenzialmente irreparabili danni alle Strutture sia in caso di assegnazione di un budget inferiore (le Strutture si troverebbero costrette a restituire somme ingenti, pur avendo operato secondo le vostre indicazioni e con un budget provvisorio da Voi fornito); sia in caso di assegnazione di un budget superiore (materialmente impossibile produrre nei pochi giorni restanti dell'anno). Rimanendo l'attuale formulazione si avrebbe un effetto di amplificazione del danno subito dalle suddette strutture nella contrattualizzazione del 2025 per gli anni 2026-27.

L'aggregato Regionale viene ulteriormente decurtato con l'introduzione di un nuovo "fondo per esigenze assistenziali locali" non bastava già il fondo di garanzia ed il PMA L'incremento della voce PMA non può drenare risorse dall'aggregato della specialistica ambulatoriale esterna. Si chiede la separazione contabile della PMA su capitolo dedicato del perimetro sanitario e la non reiterazione della commistione tra branche e regimi differenti.

(corretta allocazione contabile).



Art.3 comma 1 del D.A. 418

Nell'assegnazione del budget 2025 Le ASP hanno comunicato, in notevole ritardo il budget 2025 (intorno al 19 dicembre 2025) cioè circa 5 giorni lavorativi prima della fine dell'anno; sino a tale data (ultimi giorni di dicembre) le strutture hanno prodotto un fatturato in ottemperanza al budget provvisorio assegnato all'inizio dell'anno.

Ne consegue che:

- a. le strutture che hanno avuto un incremento, rispetto al budget provvisorio, non lo hanno potuto produrre in appena 5 giorni lavorativi;
- b. di contro le strutture che invece appena 5 giorni prima si sono viste assegnate somme inferiori (rispetto al budget provvisorio) non possono restituire, anche ingenti somme, che erano state autorizzate a produrre a seguito dell'assegnazione di un budget provvisorio.

Si propone di aggiungere in calce all'art. 3 comma 1 una deroga che riconosca nella determinazione del budget 2026-2027:

- a. il maggior importo tra budget e produzione qualora la struttura abbia subito un aumento in tempo non utile a produrlo.
- b. Il riconoscimento del budget provvisorio qualora esso sia inferiore al budget definitivo

Art.6 del D.A. 418

- ✓ distinguere espressamente il regime ENPAM ed ENPAB dei soggetti di cui all'art. 1, comma 39, L. 243/2004 da quello dei soggetti di cui al comma 40;
- ✓ escludere qualunque prelievo lineare e indiscriminato "a monte" dall'aggregato LEA di specialistica per finanziare oneri ENPAM ed ENPAB riferibili solo ad alcune categorie;
- ✓ prevedere che gli oneri ex comma 40 siano coperti con separata imputazione contabile regionale/aziendale e non concorrano alla formazione dei tetti di branca, dei coefficienti di riparto e dei budget individuali.

Art.11 del D.A. 418

La previsione per gli erogatori che sono pluricontrattualizzati di poter operare un riequilibrio, nel limite massimo del 5% viene di fatto vanificata la dove si demanda con "facoltà" alle ASP ed in sede di contrattualizzazione cioè in fase antecedente ai tempi di produzione. Pertanto si chiede la riformulazione dell'articolo onde evitare discrezionalità di applicazione ed evitare che vi siano disparità di trattamento.

Criteri di qualità – criticità riscontrate allegato B

Nota per la compilazione

Cassare: "Si precisa che devono essere considerate esclusivamente le prestazioni, gli spazi, il personale e le apparecchiature effettivamente utilizzati per l'erogazione di servizi per conto del SSN"

In quanto si rischia di generare una ulteriore confusione nell'applicazione di un principio che va oltre i limiti del controllo, come e cosa dovrebbe controllare la ASP? Con quali criteri? E soprattutto in spregio a qualsiasi principio sulla libertà di fare impresa sanitaria.

- ✓ Allegato B Fisiokinesiterapia correggere l'errore materiale nel punteggio della produzione del numero di prestazioni inerenti ai PR1,PR3,PR4,PR7 rispetto al totale di prestazioni infatti chi è sopra



il 25% deve moltiplicare per 0,00015, chi è tra il 15 ed il 25 % deve moltiplicare per 0,00010, ed inspiegabilmente chi è tra il 5 e il 15 % deve moltiplicare per 0,00009. Riteniamo si tratti di un mero errore in quanto si è scelta per i primi due punteggi una scala che decresce di 0,00005 mentre inspiegabilmente l'ultima categoria cioè quella che produce meno qualità viene premiata. Siamo certi si sia trattato di un mero errore diversamente chiediamo la motivazione di tale arbitraria attribuzione.

- ✓ Congruità operativa :Fisioterapisti e Massofisioterapisti sono calcolati con lo stesso punteggio,0,15, questo e' inaccettabile e contra legem, nel tavolo tecnico peraltro il punto era stato a lungo controverso e dibattuto e contro il parere del Cimest si era comunque trovata una quadra che a 1 Fisioterapista un Massofisioterapista valesse 0,5,così non è stato e quello che già appariva una forzatura adesso appare essere non solo una forzatura ,ma addirittura qualcosa che va contra legem (vedi anche le ultime sentenze).
- ✓ Cassare Personale libero professionista con esclusione delle altre figure già valorizzate Punteggio 0,005,questa figura mai discussa nel tavolo tecnico appare destinata a prestarsi alle interpretazioni più fantasiose, quale sarebbe questa figura professionale? Quale ruolo avrebbe considerato che solamente il fisioterapista è abilitato alla professione di riabilitatore?
- ✓ Si era stabilito nel tavolo tecnico di considerare elemento indispensabile che il fisiatra dovesse essere presente almeno il 70% delle ore di apertura e che per il restante 30% si potesse sostituire il fisiatra con altre figure mediche solo ed esclusivamente con compito di intervenire per eventuali emergenze. Tutto ciò è sparito!!!

Criticità schema contrattuale assegnazione budget.

Lo schema contrattuale reintroduce la cosiddetta clausola di salvaguardia che impedisce al firmatario del contratto l'eventuale instaurazione di contenzioso nonché la rinuncia al contenzioso in essere. Il che in antitesi con la giurisprudenza consolidata che ne vieta la introduzione.

Parrebbe in ultimo poco in linea con il corretto rapporto che deve intervenire tra parte pubblica e soggetto accreditato, il reiterato ricorso, negli ambiti del provvedimento, all'istituto della decadenza come e dovunque, quale sanzione conseguente al mancato rispetto delle procedure. Quanto e vieppiù ove si tratti di procedure farraginoso e non perfettamente declinate e quindi facilmente equivocabili.

Art 10 Cassare clausola di salvaguardia ripetutamente ritenuta dai tribunali inammissibile.

Art 11 Cassare o rimodulare in quanto per ammissione degli Uffici delle Asp i Cup non funzionano o funzionano malamente, prova ne sia che nonostante svariate reiterate richieste da parte dei sindacati di inserire gli accreditati nella condivisione delle agende ad oggi forse solo l'Asp Catania lo ha fatto le altre otto no! Pertanto tali responsabilità non possono mai ricadere sugli Accreditati esterni.

Art 2 punto 3 Cassare o chiarire per la fkt quali sarebbero le prestazioni critiche per le liste di attesa ed in ogni caso cassare il limite non inferiore del 20% perché fuorviante per gli uffici ed inapplicabile.

Prevenzione

Nel decreto assessoriale non si fa alcuna menzione sulla prevenzione secondaria e terziaria. L'Assessorato della Salute si era inoltre impegnato a remunerare, nel rispetto dei criteri e delle modalità stabilite dallo Stato per i programmi di Psn, le prestazioni erogate da privati accreditati riconducibili all'area della prevenzione (DA

CIMEST

Coordinamento Intersindacale Medicina Specialistica di Territorio



ARDISS - FKT - CITDS - CROAT - SARA - SBV - SIOD

Presidente: Dr. Salvatore Calvaruso - Tel. 392 8762508
cimest.coordinamento@gmail.com - cimest@pec.it

Conf
com



Conf Salute

845/2025 5 milioni di euro). Inoltre altre risorse dovevano essere reperite nel 2026 come dichiarato a verbale da parte del Capogabinetto della Presidenza della Regione.

Tariffe

Inoltre, sul tema delle tariffe, avendo la Corte Costituzionale confermato con sentenza n.26/2026, l'impegno finanziario di 15 milioni di euro previsto dall'art. 6 della legge della Regione Siciliana 10 giugno 2025, n. 26, si ricorda per dare seguito all'esecuzione di quanto disposto in sede giurisdizionale l'emanazione del decreto dell'Assessore regionale per la salute previo parere della VI Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana così come previsto dalla norma.

In uno spirito di apporto costruttivo

Il Presidente CIMEST Dr. S. Calvaruso

I Coordinatori Dr. S. Gibiino Dr. D. Garbo