

ne calcolati al netto degli investimenti e secondo fasce di consumo e tipologia di utenza, prevedendo minori costi per le utenze domestiche riferite alle residenze primarie e tariffe progressive per i consumi più elevati e per usi diversi”.

(2010.6.394)014

STATUTO DEL COMUNE DI MONTEVAGO (Provincia di Agrigento)

Integrazione e modifiche

Lo statuto del comune di Montevago è stato pubblicato nel supplemento straordinario alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 26 del 7 giugno 2002, e successivamente sono state pubblicate delle modifiche nel supplemento straordinario alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 43 del 3 ottobre 2003.

Con delibera del consiglio comunale n. 75 del 27 ottobre 2009, esecutiva ai sensi di legge, lo statuto è stato ulteriormente modificato come segue:

a) aggiunta dell'art. 71 bis:

Art. 71 bis

*Definizione dei servizi pubblici comunali
privi di rilevanza economica*

Il Comune, visti gli artt. 1, 2, 3, 5, 43, 114, 118 della Costituzione, riconosce i servizi pubblici locali quali: servizio idrico, servizio sani-

tario, igiene pubblica, servizi sociali, istruzione pubblica, tutela dei beni culturali e delle risorse ambientali e paesaggistiche, trasporti, viabilità e quant'altro riconoscerà il consiglio comunale, di premiente interesse generale.

Riconosce il diritto umano all'acqua, ossia l'accesso all'acqua come diritto umano universale, indivisibile, inalienabile e lo status dell'acqua come bene comune pubblico.

Conferma il principio che tutte le acque, superficiali e sotterranee, anche se non estratte dal sottosuolo, sono pubbliche e costituiscono una risorsa da utilizzare secondo criteri di solidarietà; nonché il principio che, in ambito pubblico, devono essere mantenute le proprietà delle reti e la gestione del s.i.i.

Riconosce al servizio idrico integrato lo status di servizio pubblico locale privo di rilevanza economica, la cui gestione va attuata secondo gli articoli 31 e 114 del decreto legislativo n. 267/2000, in quanto servizio pubblico essenziale per garantire il diritto universale all'acqua e pari dignità umana a tutti i cittadini.

b) modifica dell'art. 19, punto 1, comma 1:

Le dimissioni dei consiglieri comunali sono indirizzate al presidente e presentate personalmente per iscritto, acquisite al protocollo dell'ente mediante identificazione personale del consigliere dimissionario a cura del soggetto ricevente, sono irrevocabili, acquistano efficacia immediatamente e non necessitano di presa d'atto.

c) modifica dell'art. 32, punto 3), comma 2):

La giunta comunale è composta dal sindaco, che la presiede, e da un numero massimo di quattro assessori, nominati dal sindaco.

(2010.7.517)014

CIRCOLARI

ASSESSORATO DELLA SALUTE

CIRCOLARE 2 marzo 2010, n. 1266.

Nuovo schema di convenzione tra le aziende sanitarie provinciali e le strutture riabilitative ex art. 26, legge n. 833/78.

AI DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI DELLA REGIONE SICILIANA

Come è noto le prestazioni terapeutico-riabilitative a favore dei soggetti di cui all'art. 3 della legge n. 104/92 sono effettuate dalle strutture pubbliche nonché da quelle private accreditate di cui ai capi 2.2.b) e 4-a) dell'allegato 1 al decreto 17 giugno 2002, n. 890, che operano in virtù di dispositivi autorizzativi che ne determinano la capacità operativa espressa in numero di prestazioni giornaliere.

Con l'art. 15 della legge regionale n. 16/86 è stato riconosciuto per i trattamenti a ciclo diurno ed ambulatoriale l'erogazione dell'80% della retta in caso di assenza degli assistiti regolarmente assunti in cura con impegnativa, "fino ad un massimo del 25 per cento in rapporto all'impegnativa". Analoga previsione è stata introdotta per i trattamenti a tempo pieno (fine settimana, festività natalizie e pasquali), per un massimo di 90 giorni all'anno" per garantire un rapporto dell'utente con la propria famiglia, previa specifica autorizzazione dell'azienda sanitaria.

Nel corso degli anni si è registrato, con riferimento ai tetti di spesa fissati per ciascuna struttura convenzionata, il determinarsi di economie scaturenti dal residuo valore derivante dall'applicazione della suddetta previsione normativa e/o da risorse non utilizzate nei trattamenti riabilitativi (ad esempio ritardo nella presa in carico di nuovi soggetti da trattare). Queste economie costituiscono la valorizzazione economica di cui all'art. 3 dell'allegato schema convenzionale.

Contestualmente a fronte della domanda riabilitativa rappresentata dagli utenti di che trattasi si è preso atto della formazione di liste d'attesa all'interno delle aziende sanitarie.

Tali elementi inducono questo Assessorato a procedere ad una rivisitazione dello schema convenzionale tra le ASP e le strutture riabilitative ex art. 26 della legge n. 833/78, già emanato con la circolare assessoriale n. 747 del 29 aprile 1994, al fine di ridurre le liste di attesa e razionalizzare il sistema secondo principi di efficienza ed economicità.

Con il nuovo schema convenzionale, che si allega alla presente disposizione, viene riconosciuta ai centri di che trattasi la possibilità, fermo restando il volume di prestazioni giornaliero oggetto della convenzione, di poter offrire ulteriori prestazioni aggiuntive entro i limiti del numero complessivo di prestazioni riconosciuto ai fini dell'accredito ed entro il tetto di spesa contrattualmente fissato, utilizzando il residuo valore scaturente dalla valorizzazione di cui all'art. 15 ex legge regionale n. 16/86 e/o delle risorse non utilizzate nei trattamenti riabilitativi.

Va precisato che, nel caso in cui il centro/servizio risulta essere convenzionato per più tipologie di trattamento, gli eventuali residui valore di cui sopra potranno essere utilizzati anche per trattamenti riabilitativi di altro regime assistenziale.

Non appare superfluo sottolineare che, anche per le prestazioni aggiuntive, il modello operativo cui dovrà atternersi è quello di cui al paragrafo 4.5.1 dell'allegato al decreto presidenziale 2 gennaio 2006 (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 4 del 27 gennaio 2006).

Nella considerazione che il servizio handicap delle aziende sanitarie, oltre a svolgere un ruolo di monitoraggio e coordinamento complessivo, ha compiti di progettazione, programmazione territoriale, gestione, controllo e verifica delle attività sanitarie riabilitative, appare necessario che lo stesso si doti di un'unica lista d'attesa centralizzata che tenga conto del principio della libertà di scelta del paziente.

Al fine di rendere operativa la previsione di cui all'art. 3 dell'allegato schema contrattuale, si dispone che ciascuna struttura riabilitativa, convenzionata con l'ASP

per l'intera capacità operativa riconosciuta ai fini dell'accreditamento, possa, entro il termine di giorni 45 dalla pubblicazione del presente provvedimento nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, avanzare richiesta di rivisitazione della propria autorizzazione sanitaria.

L'azienda sanitaria provinciale procederà, di conseguenza, a sottoporre la struttura alle necessarie verifiche, sia ai fini autorizzativi che di accreditamento istituzionale, entro il termine di 60 giorni.

Entro i successivi 30 giorni questo Assessorato procederà ad aggiornare il riconoscimento, se dovuto, ai fini dell'accreditamento istituzionale.

Analoga procedura potrà essere attivata dalle strutture che intendano rimodulare la propria attività da sei a cinque giorni settimanali.

Si invitano i direttori generali in indirizzo ad assicurare la massima diffusione della presente circolare presso le strutture riabilitative in atto convenzionate. Le SS.LL. avranno, altresì, cura di vigilare sulla puntuale attuazione di quanto previsto in ordine alle verifiche necessarie ai fini degli eventuali adeguamenti autorizzativi.

Con la presente è revocata la circolare assessoriale n. 747 del 29 aprile 1994.

L'Assessore: Russo

Allegato

SCHEMA DI CONVENZIONE TRA LE AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI E LE STRUTTURE RIABILITATIVE EX ART. 26, LEGGE N. 833/78

Tra l'Azienda sanitaria provinciale di con la sede legale in codice fiscale in persona del legale rappresentante e l'Associazione sede legale in codice fiscale in persona del suo legale rappresentante, si conviene e si stipula quanto segue.

Premesso:

a) che l'Associazione è formalmente accreditata ai sensi del decreto n. 890/02 per la struttura con sede operativa nel comune di via per le seguenti attività:

(specificare: la tipologia, il numero complessivo di prestazioni giornaliere, il sesso dei soggetti e le fasce d'età)

Tipologia del trattamento	N. prestazioni giornaliere	Sesso	Fascia d'età
Ambulatoriale			
Domiciliare			
Extramurale			
Internato			
Seminternato			

b) che il convenzionamento è effettuato dall'azienda sanitaria provinciale dove il centro ha sede, con efficacia per tutte le altre aziende sanitarie del territorio nazionale che intendono usufruire delle prestazioni riabilitative erogate dal centro stesso;

c) che l'istituto eroga le prestazioni sanitarie di cui al comma 1 dell'art. 26 della legge n. 833/1978 e dell'art. 7 della legge n. 104/92;

d) che per svolgere i propri compiti l'istituto mette a disposizione:

- i locali di cui alle allegare planimetrie;
- le attrezzature tecniche risultanti dall'allegato elenco;
- il personale di cui all'allegato elenco, in conformità al vigente standard di cui al decreto san. 11 aprile 1992.

Nulla ostando al funzionamento del centro/servizio, le parti sopra costituite convengono quanto segue:

Art. 1

Nell'ambito della programmazione regionale, l'Azienda sanitaria provinciale di si avvale, ai sensi del combinato disposto dall'art. 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, dall'art. 15 della legge regionale 18 aprile 1981, n. 68, dall'art. 38 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 e dal piano triennale a favore delle per-

sone con disabilità di cui al D.P.R.S. 2 gennaio 2006 per le prestazioni sanitarie nei confronti dei soggetti di cui all'art. 3 della legge n. 104/92, di cui alle premesse, del predetto centro/servizio.

Art. 2

Il centro/servizio viene convenzionato per le seguenti prestazioni giornaliere:

(specificare: la tipologia, il numero complessivo di prestazioni giornaliere, il sesso dei soggetti e le fasce d'età)

Tipologia del trattamento	N. prestazioni giornaliere	Sesso	Fascia d'età
Ambulatoriale			
Domiciliare			
Extramurale			
Internato			
Seminternato			

Art. 3

Al fine di abbattere le liste di attesa e di razionalizzare il sistema secondo principi di efficienza ed economicità, anche alla luce della domanda di salute degli utenti, è consentito l'utilizzo del residuo valore scaturente dalla valorizzazione delle risorse di cui all'art. 15 della legge regionale n. 16/86 e/o da risorse non utilizzate nei trattamenti riabilitativi, per offrire prestazioni aggiuntive, fermo restando il tetto di spesa di cui all'art. 5 ed entro i volumi massimi di prestazioni giornaliere riconosciute ai fini dell'accreditamento istituzionale.

Il centro/servizio è obbligato a mantenere i requisiti strutturali ed organizzativi determinati dall'accreditamento istituzionale.

Il centro potrà svolgere l'attività ambulatoriale, extramurale e domiciliare su 5/6 giorni settimanali e in ogni caso entro i volumi massimi riconosciuti dall'accreditamento istituzionale.

Art. 4

Le prestazioni oggetto del presente contratto sono remunerate in base alle rette onnicomprensive, determinate dall'Assessorato regionale della sanità.

Art. 5

Il tetto di spesa fissato per l'anno è di € (pari al n. prestazioni giornaliere x n. gg. standard). Indicativamente per ciascun trimestre sarà pari ad 1/4 del tetto annuo fissato.

Al fine di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi durante l'anno solare, le prestazioni nel singolo trimestre, in particolare quello estivo, non potranno essere inferiori all'80% del volume trimestrale, con possibilità di recuperare prestazioni non rese nel corso degli altri trimestri, entro i limiti annui del tetto di spesa fissato ed entro il volume prestazionale giornaliero riconosciuto ai fini dell'accreditamento.

Eventuali residui valore scaturenti dalle risorse non utilizzate nei trattamenti riabilitativi registrati nei trimestri dell'anno potranno essere recuperati nel corso degli altri trimestri ed entro il volume prestazionale giornaliero riconosciuto ai fini dell'accreditamento ed il tetto di spesa fissato nell'anno.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 del decreto dell'Assessore per la sanità n. 21843 del 28 marzo 1997, per quanto riguarda la prima visita di accertamento propedeutica alla presa in carico del soggetto da parte della struttura riabilitativa, l'ammontare delle stesse viene riconosciuto secondo le tariffe specialistiche del nomenclatore tariffario di cui al D.M. 7 novembre 1991 e successive modificazioni e sempre entro il tetto della spesa prefissato.

Art. 6

Le impegnative relative ai singoli interventi e per i vari tipi di assistenza contemplati dalla presente convenzione sono rilasciate, su documentata richiesta, nel rispetto del diritto alla libera scelta dell'interessato e nei limiti tipologici della convenzione, dal competente settore sanitario del distretto dell'ASP ove ha la residenza anagrafica l'assistito, secondo le modalità previste dal D.P.R.S. 2 gennaio 2006 al paragrafo 4.5.1 dell'allegato.

L'impegnativa emessa dalla competente U.O. dell'ASP nel fissare il programma d'intervento definisce la tipologia della presa in carico, la frequenza e la durata del trattamento.

La struttura riabilitativa a sua volta definisce il progetto riabilitativo individuale di struttura che sarà elaborato a cura della propria équipe secondo quanto previsto dal D.P.R.S. 2 gennaio 2006 al paragrafo 4.5.1 dell'allegato.

Art. 7

La struttura riabilitativa accerta la regolarità dell'impegnativa, accoglie il soggetto in osservazione e trattamento, ne dà comunicazione entro il termine di dieci giorni dall'accertamento suindicato all'ASP che ha emesso l'impegnativa e a quella in cui insiste la struttura se diversa dalla prima, potendo proporre eventuali giustificate modifiche al programma d'intervento redatto dall'azienda sanitaria.

Il competente settore sanitario dell'ASP è tenuto a verificare i tempi e l'attuazione del progetto riabilitativo individuale di struttura. Ad avvenuta prestazione l'istituto erogatore dovrà fare sottoscrivere al paziente o al suo accompagnatore apposita dichiarazione relativa alla prestazione effettuata.

Art. 8

Ove venga ravvisata la necessità di prolungare l'assistenza, la struttura riabilitativa, entro 20 giorni dalla scadenza del periodo autorizzato, deve fare pervenire proposta motivata di proroga all'ASP che ha emesso l'impegnativa.

L'ASP, ricevuta tale richiesta, dovrà in ogni caso far pervenire le proprie determinazioni entro il termine di giorni 15. Al riguardo il competente servizio dell'ASP dovrà esprimere motivato parere a seguito dell'esame della documentazione pervenuta ed in esito all'eventuale visita o accertamento del soggetto per il quale è richiesta la proroga.

Trascorso tale termine, in assenza delle predette determinazioni, la proposta di proroga deve intendersi respinta.

L'ASP potrà disporre in qualsiasi momento accertamenti e verifiche in merito all'attuazione da parte del centro/servizio delle prestazioni erogate ai propri assistiti.

L'istituto s'impegna a corrispondere all'ASP i dati informativi previsti dall'art. 27 della legge n. 833/78 e quelli relativi ai flussi informativi per la Regione Sicilia relativi ai decreti n. 1174 del 30 maggio 2008 e successive modifiche (decreto 30 settembre 2008) ed eventuali integrazioni.

Art. 9

I centri con degenza diurna e con degenza a tempo pieno devono garantire, tenendo conto delle esigenze individuali dei soggetti, l'accesso all'istruzione scolastica, all'orientamento, alla riqualificazione professionale degli assistiti secondo le normative nazionali e regionali ai fini del possibile inserimento nell'attività lavorativa anche in forma cooperativa.

Art. 10

Il centro/servizio di riabilitazione deve notificare all'ASP che ha emesso l'impegnativa e a quella in cui insiste la struttura, se diversa dalla prima, la dimissione dei singoli assistiti nel termine di cinque giorni dalla cessazione del trattamento.

Fermo restando quanto previsto dall'art. 7 della presente convenzione in ordine al programma terapeutico, i trasferimenti dal centro/servizio ad altro centro/servizio e le variazioni della forma di trattamento, anche per motivi climatici, deve essere preventivamente autorizzata dalle ASP di cui al primo comma del presente articolo.

Qualora per esigenze di trattamento o per la natura del quadro clinico, il soggetto assistito a degenza piena debba essere temporaneamente trasferito per cura o per soggiorno climatico presso altro centro/servizio autorizzato, deve esserne data comunicazione preventiva alle predette aziende sanitarie provinciali.

Per i ricoveri ospedalieri la comunicazione dovrà essere data entro cinque giorni dalla data del ricovero.

Art. 11

L'ASP corrisponderà al centro riabilitativo, in possesso dei requisiti di cui alle premesse, le rette determinate dalle disposizioni regionali in conformità alla normativa vigente ed ai tipi d'intervento previsti.

Il corrispettivo delle prestazioni poste in pagamento, in ogni caso non potrà superare annualmente il tetto di cui all'art. 5 della presente convenzione.

L'importo delle rette s'intende comprensivo di tutte le prestazioni sanitarie riabilitative specifiche per singolo soggetto, fatta eccezione per:

— le forniture di assistenza protesica, che saranno autorizzate dall'ASP in cui insiste la struttura riabilitativa, che ne darà comunicazione all'ASP di residenza dell'assistito, alla quale farà carico l'onere relativo, ove previsto dalla legislazione vigente, sempre che quest'ultima non abbia espresso tempestivo motivato diniego;

— l'assistenza ospedaliera, nonché gli esami specialistici, durante il ricovero in internato, che sono a carico dell'ASP di residenza, quando non fruibili presso i presidi pubblici, secondo le normative in materia.

Il trasporto degli assistiti non è compreso fra le prestazioni dovute dal centro/servizio.

Qualora fosse richiesta la permanenza durante il ricovero di un accompagnatore, l'onere è a carico dell'assistito.

Nel caso si tratti di assistito minore di anni due l'onere relativo al vitto ed all'alloggio dell'accompagnatore è a carico dell'ASP nella misura stabilita e con le modalità di cui al primo comma del presente articolo.

L'istituto non può chiedere compensi ad altro titolo.

Art. 12

Il pagamento delle rette verrà effettuato tenendo conto delle seguenti modalità:

— entro 90 giorni dalla ricezione dei rendiconti trimestrali di acconto e saldo, accompagnati dalle dichiarazioni di avvenuta prestazione di cui all'art. 3, da redigersi su modelli debitamente firmati dal legale rappresentante dell'istituto e dal direttore medico responsabile, si effettuerà il riconoscimento dell'intero importo contabilizzato secondo le prestazioni offerte dall'ente erogatore entro i limiti del tetto di spesa di cui all'art. 5;

— ai sensi di quanto previsto dagli art. 221, comma 2, legge regionale n. 68/81, art. 15, legge regionale n. 16/86, ed art. 76, legge regionale n. 6/97, all'inizio di ciascun trimestre deve essere erogata l'anticipazione dell'85% dell'importo della contabilità del trimestre precedente riscontrato ed ammesso ai pagamenti.

Per i ricoveri extraregionali, l'onere relativo graverà sul bilancio dell'azienda sanitaria di residenza del soggetto.

Le prestazioni erogate a soggetti residenti fuori provincia dovranno essere evidenziate separatamente e riportate in appositi prospetti con l'indicazione delle relative province.

Trascorsi novanta giorni dalla ricezione delle contabilità trimestrali per i soggetti residenti nel territorio della Regione, sono riconosciuti all'istituto interessi di mora raggugliati al tasso ufficiale di sconto.

Art. 13

Eventuali inadempienze alla presente convenzione devono essere contestate dall'ASP per iscritto e con fissazione del termine non inferiore a 15 giorni, perché le stesse siano rimosse.

Trascorso inutilmente il termine concesso, la convenzione è sospesa fino all'eventuale rimozione dell'inadempimento, ferma restando la facoltà dell'ASP di avviare la procedura di revoca della convenzione, specie in presenza di:

- cambiamenti di gestione del centro/servizio e significative variazioni degli elementi di cui alle premesse della presente convenzione;
- deficienze ed irregolarità nella conduzione del centro/servizio che pregiudichino il raggiungimento delle finalità riabilitative del centro/servizio medesimo;
- riscontro di gravi irregolarità amministrative o utilizzo distorto delle risorse per fini diversi da quelli del centro/servizio.

Art. 14

L'istituto contraente si impegna:

a) su richiesta dell'ASP a trasmettere copia del bilancio all'ASP stessa, che provvede a pubblicarlo nel proprio albo per la durata di 30 giorni;

b) a garantire forme di partecipazioni degli utenti delle associazioni dalle quali gli stessi si faranno rappresentare per la promozione ed il miglioramento dei servizi riabilitativi.

Art. 15

La presente convenzione ha la durata di tre anni, ed entra in vigore il

La convenzione si intende estesa a tutte le aziende sanitarie del territorio nazionale che usufruiscono delle prestazioni erogate dalla struttura riabilitativa.

Art. 16

La vigilanza sul centro/servizio viene esercitata in conformità alle disposizioni di legge in materia ed alle previsioni dei programmi sanitari nazionali e regionali.

Ogni eventuale responsabilità che possa comunque derivare dall'esercizio della gestione della struttura riabilitativa resta a carico dell'istituto purché non sia imputabile o derivante da inadempienze da parte dell'ASP.

Art. 17

Le eventuali modifiche alla presente convenzione, nei limiti risultanti dalla legislazione vigente e dalla programmazione sanitaria, saranno introdotte con le stesse modalità adottate per la stipula della stessa convenzione.

Art. 18

Le eventuali controversie relative all'applicazione della presente convenzione saranno decise dall'autorità giurisdizionale.

Art. 19

Il centro/servizio è obbligato ad osservare gli indirizzi previsti dalle normative regionali dai piani sanitari.

La presente convenzione sarà registrata a cura dell'ASP.

Le spese inerenti alla stipulazione della presente convenzione, ivi comprese quelle di bollo e di registrazione, sono a carico dell'istituto.

..... li,

(2010.10.665)102