



# REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Al Presidente del Comparto sanitario  
della Federazione degli Industriali del  
Veneto  
Via Torino, 151/c  
30172 MESTRE – VENEZIA

All'Associazione Nazionale  
Studi Odontoiatrici Convenzionati  
Dr. Walter Di Fulvio  
Piazza Matteotti, 9  
31100 TREVISO

Si trasmettono in allegato, per gli adempimenti di competenza, le DGR n. 848-849-850 del 15.3.2010, i cui contenuti sono già stati resi noti alle Aziende ULSS in indirizzo durante gli incontri avvenuti presso la Direzione per i Servizi Sanitari nei giorni 13 e 14 aprile u.s.

Si riassumono, qui di seguito, gli ambiti applicativi delle tre deliberazioni:

- la DGR n. 848/2010 si riferisce ai soggetti privati provvisoriamente/definitivamente accreditati che erogano prestazioni ambulatoriali diversi dalle strutture di ricovero, vale a dire i singoli professionisti e le strutture esclusivamente ambulatoriali; ha validità triennale, dall'1.1.2010 al 31.12.2012;
- la DGR n. 849/2010 ha riguardo agli erogatori pubblici ed equiparati, vale a dire le Aziende Ospedaliere, gli ospedali classificati, gli istituti sanitari privati qualificati presidio dell'Azienda ULSS, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sia pubblici che privati; ha validità annuale, dall'1.1.2010 al 31.12.2010;
- la DGR n. 850/2010 ha riguardo alle strutture di ricovero private provvisoriamente accreditate non equiparate a quelle pubbliche; ha validità annuale, dall'1.1.2010 al 31.12.2010.

Al fine di permettere un'uniforme e corretta applicazione delle tre deliberazioni sopra citate, si ritiene utile approfondire e specificare alcuni temi alle stesse inerenti.

## **Budget**

Il budget, come per l'anno 2009, deve intendersi al netto della quota ("mancato introito") derivante dal non adeguamento del ticket alle nuove tariffe del Nomenclatore Tariffario Regionale, di cui il cittadino non è stato gravato, a seguito dei due aumenti tariffari (ciascuno del 4%) previsti rispettivamente dalla DGR n. 4304 del 29.12.2004 (modificata dalla DGR n. 61/2005) e dalla DGR n. 917 del 28.3.2006.

Per quanto riguarda il trasferimento definitivo dal budget ospedaliero al budget ambulatoriale, sia della quota non utilizzata nell'attività ospedaliera, sia degli importi relativi alle prestazioni ricondotte anche a regime ambulatoriale, si rinvia per ulteriori specifiche alla nota applicativa delle delibere n. 1178 e n. 1179 del 23 marzo 2010.



## **Assestamento di budget**

Si precisa che, in linea con gli anni precedenti, il meccanismo di assestamento di budget trova applicazione per una quota non superiore al 25% di ciascuna macroarea.

Si sottolinea che a partire dall'anno 2010 l'assestamento di budget è subordinato alla contrattazione di almeno il 30% del budget assegnato a ciascun erogatore.

## **Acquisto di pacchetti extra-budget**

Si evidenzia che, in un'ottica di semplificazione, non è più prevista come necessaria la preventiva autorizzazione regionale (ex DGR n. 452/2007), essendo ora richiesta una mera comunicazione alla Direzione Servizi Sanitari. Naturalmente, in tale comunicazione l'Azienda ULSS deve dar atto del rispetto delle condizioni previste dalle delibere regionali di determinazione dei tetti di spesa per procedere all'acquisto.

Si ribadisce, invece, che per l'acquisto di prestazioni da soggetti non provvisoriamente accreditati, secondo quanto indicato al punto 6 della DGR n. 600/2007 e nella nota applicativa prot. n. 367920/50.08.00 del 28.06.2007, rimane necessaria la preventiva autorizzazione regionale che le Aziende ULSS devono chiedere alla Segreteria Regionale Sanità e Sociale - Direzione Servizi Sanitari, dando atto di aver seguito tutte le procedure e le modalità indicate nei succitati provvedimenti.

## **Soglia minima di budget**

E' stata confermata la previsione di decadenza dal rapporto di provvisorio/definitivo accreditamento per quegli erogatori che per due anni consecutivi non erogano alcuna prestazione o rimangono al di sotto della soglia minima di budget per branca specialistica.

Tuttavia a partire dall'anno 2010 la soglia minima di budget annuale è stabilita in euro 10.000,00, mentre per quanto riguarda il 2009 resta ferma la soglia di euro 15.000,00 prevista dalle delibere dei tetti di spesa per l'anno 2009.

In particolare, si prevedono alcune delle ipotesi che potrebbero verificarsi:

- nel caso in cui un soggetto si trovasse nella situazione di decadere dal rapporto di provvisorio accreditamento a seguito del fatturato realizzato nel biennio 2008-2009, ma il Direttore Generale competente ne chiedesse il mantenimento, andrà assegnato per l'anno 2010 all'erogatore in questione un budget pari all'importo della nuova soglia minima, cioè euro 10.000,00;
- nel caso in cui un erogatore si trovasse nella situazione sopradescritta e realizzasse un fatturato inferiore ai 15.000,00 euro annui nel biennio 2008-2009 ma superiore alla nuova soglia di 10.000,00 euro in uno o in entrambi gli anni, il budget dell'anno 2010 sarà costituito dal più elevato fatturato netto realizzato nel biennio, applicando pertanto il criterio previsto dalle circolari regionali per il ridimensionamento del budget;
- nel caso in cui nell'anno 2009 un erogatore realizzasse un fatturato inferiore ai 15.000,00 euro ma superiore alla nuova soglia di 10.000,00 euro, e nell'anno 2010 un fatturato inferiore alla nuova soglia minima di budget, per l'anno 2011, in applicazione della DGR n. 848/2010, andrà assegnato, in caso di mantenimento del rapporto di provvisorio/definitivo accreditamento, un budget pari al fatturato netto realizzato nell'anno 2009.

Si ribadisce che, ai fini della decadenza dal rapporto di provvisorio/definitivo accreditamento, la soglia minima di budget va intesa per branca specialistica; nel caso di un soggetto che eroga prestazioni in più branche specialistiche all'interno della stessa macroarea il mancato raggiungimento della soglia minima nel biennio di riferimento in una delle



branche comporterà, salvo il mantenimento richiesto dal Direttore Generale competente, la decadenza solo da quella branca, restando invariato il budget relativo alla macroarea.

Si invitano i Direttori Generali a comunicare, con anticipo rispetto al verificarsi della condizione, a quelle strutture che probabilmente – in base ai dati di attività in possesso dell'azienda sanitaria – si troveranno nelle situazioni di non raggiungimento della soglia minima per il biennio 2009-2010, che la conseguenza prevista è la decadenza dal rapporto di accreditamento provvisorio per le branche specialistiche interessate, qualora tali situazioni persistano fino allo scadere del termine previsto. La predetta comunicazione va inviata per conoscenza anche alla scrivente Direzione.

### **Incrementi di volume e finanziari**

Si precisa che:

- gli incrementi di volume previsti dalla DGR 848/2010 devono essere calcolati sul budget 2009 e riconosciuti anche nel caso in cui nel 2010 operassero meccanismi di ridimensionamento del budget;
- gli incrementi finanziari devono essere calcolati sul budget 2009 e riconosciuti anche nel caso in cui nell'anno 2010 (e per la DGR n. 848/2010 anche per gli anni 2011 e 2012) operassero meccanismi di ridimensionamento del budget o di assegnazione della nuova soglia minima.

Si ricorda, infine, che i Direttori Generali delle Aziende ULSS interessate dalle delibere in oggetto sono tenuti ad assegnare per ciascuna macroarea-branca specialistica il budget agli erogatori del proprio territorio **entro il 15 maggio 2010** e a trasmettere i relativi provvedimenti alla Direzione per i Servizi Sanitari.

A disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti, si porgono distinti saluti.

Il Dirigente Regionale  
*dr. Francesco Pietrobon*

Servizio Assistenza Ambulatoriale: Dirigente. Avv. Luciana Puppin  
Ufficio erogatori assistenza ambulatoriale  
e remunerazione prestazioni sanitarie  
Dott. Federico Costalonga  
Tel ☎ 041/2791673  
E-MAIL: federico.costalonga@regione.veneto.it  
Fax ☎ 041/2791683



# REGIONE DEL VENETO

giunta regionale  
8<sup>a</sup> legislatura

Presidente  
V. Presidenta  
Assessori

Giancarlo	Galan
<del>Franco</del>	<del>Manetto</del>
Renato	Chisso
Giancarlo	Conti
Maria Luisa	Coppola
Oscar	De Bona
<del>Elena</del>	<del>Donatton</del>
Massimo	Giorgedi
Renzo	Marangon
Sandro	Sandri
Vendemiano	Sartor
Flavio	Silvestrin
<del>Stefano</del>	<del>Valdegambini</del>

Segretario

Antonio

Menetto

## Deliberazione della Giunta

n. **849** del **15 MAR. 2010**

OGGETTO: D. Lgs. 30.12.1992, n. 502 e L.R. 16.8.2002, n. 22.

Assistenza specialistica ambulatoriale: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2010 degli erogatori pubblici ed equiparati provvisoriamente accreditati (ospedali classificati, istituti sanitari privati qualificati presidio ULSS, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico).

L'Assessore alle Politiche Sanitarie, Ing. Sandro Sandri, riferisce quanto segue.

Il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, prevede che le Regioni programmino l'erogazione, da parte dei soggetti pubblici e privati accreditati, delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza e definiscano l'insieme di regole e criteri relativi al meccanismo di remunerazione tariffaria delle prestazioni stesse.

La Legge Regionale 16 agosto 2002, n. 22, all'articolo 17, attribuisce alla Giunta Regionale il compito di determinare, sentite le associazioni di categoria maggiormente rappresentative dei soggetti accreditati pubblici o equiparati e privati non equiparati di cui all'art. 4, comma 12 del D.Lgs 502/1992, i piani annuali preventivi di attività, indicanti la quantità e tipologia di prestazioni da erogare, nell'ambito del livello di spesa annualmente definito.

La presente deliberazione ha riguardo agli erogatori pubblici ed equiparati (aziende ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sia pubblici che privati, ospedali classificati, istituti sanitari privati qualificati presidio ULSS ex DGR n. 860 del 27.2.1987); due diverse deliberazioni hanno riguardo rispettivamente all'attività specialistica ambulatoriale delle strutture di ricovero non equiparate e all'attività dei soggetti che erogano esclusivamente assistenza ambulatoriale. Questa novità rispetto ai due anni precedenti (due distinti provvedimenti per gli erogatori diversi da quelli pubblici ed equiparati) nasce dalle diverse peculiarità ed esigenze, evidenziate in particolare nel confronto con le associazioni di categoria, delle strutture che erogano anche attività di ricovero, rispetto a quelle che forniscono esclusivamente prestazioni ambulatoriali, tanto da suggerire scelte in parte differenti.

Il sistema di determinazione dei tetti di spesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, oggetto del presente provvedimento, riprende alcuni principi già introdotti dalle precedenti deliberazioni di pari oggetto, ed in particolare:

- l'esigenza che tutti gli erogatori concorrano all'ottimizzazione dell'offerta complessiva dell'Azienda ULSS nella quale insistono e delle Aziende ULSS limitrofe, orientando la propria attività in relazione agli indirizzi della programmazione regionale e agli effettivi bisogni dell'utente;
- l'esigenza del rispetto del patto di stabilità e, conseguentemente, l'abbandono della logica del tetto dinamico e la determinazione dei budget entro un ammontare predefinito che consenta di non superare il limite massimo di spesa sostenibile per l'assistenza specialistica.

Il presente sistema di determinazione dei tetti di spesa ha valenza annuale, dall'1.1.2010 al 31.12.2010.

La deliberazione in oggetto viene approvata in data successiva al 31.12.2009. Ciò ha determinato per l'anno in corso, fino a questo momento, per tutte le macroaree/branche specialistiche, l'applicazione del "meccanismo del budget provvisorio", secondo quanto disposto dalla DGR n. 1584 del 26.5.2009 e dalla circolare regionale della Direzione per i Servizi Sanitari prot. n. 723325 del 30.12.2009.

Considerato che i criteri e le modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2010 sono per lo più uguali o migliorativi rispetto a quelli relativi all'anno 2009 e, comunque, sono stati condivisi con le associazioni maggiormente rappresentative degli erogatori equiparati ai pubblici, il presente provvedimento è adottato nel pieno rispetto dell'affidamento degli erogatori stessi.

I Direttori Generali provvederanno, quindi, a rideterminare per ogni erogatore il budget per l'intero anno 2010 secondo le indicazioni della presente deliberazione.

E' funzionale al sistema, come già previsto sia dal Piano Nazionale Contenimento Tempi di Attesa di cui all'Intesa Stato - Regioni del 28.3.2006, che dalla DGR n. 600 del 13.3.2007, di adozione del relativo piano regionale, che le prestazioni erogate con oneri a carico del SSR da tutti gli erogatori pubblici ed equiparati siano gestite tramite il Centro Unico di Prenotazione - CUP - dell'Azienda ULSS di ubicazione territoriale.

Tale progetto, già previsto dalla DGR n. 2604/2008, ha incontrato nella sua attuazione una serie di oggettive problematiche di tipo prevalentemente informatico. In ogni caso nel 2010 l'obiettivo dell'Amministrazione Regionale è quello di inserire a CUP il 100% delle prestazioni fornite per conto del Servizio Sanitario Regionale dagli erogatori pubblici ed equiparati, applicando i criteri e le modalità operative in corso di definizione da parte del tavolo tecnico istituito con la DGR n. 2604/2008.

Si ribadisce che la forniture, l'installazione e l'aggiornamento del software specifico e l'attivazione del collegamento dei sistemi informatici dell'Azienda di riferimento con quelli degli erogatori pubblici ed equiparati sono a carico della Regione Veneto nella misura del 100% dei costi sostenuti. Le spese di gestione sono invece a totale carico dell'erogatore.

Gli erogatori pubblici ed equiparati possono essere inoltre riconosciuti dall'Azienda ULSS di appartenenza, per ciascuna branca specialistica, punto di erogazione nel quale l'Azienda stessa si impegna a garantire il rispetto dei tempi di attesa, ai sensi della DGR n. 600/2007; il rispetto dei tempi massimi di attesa potrà essere ottenuto anche attraverso l'acquisto di pacchetti di prestazioni aggiuntive.

Il budget di ciascun erogatore pubblico ed equiparato provvisoriamente accreditato per le macroaree di radiologia/diagnostica per immagini, medicina fisica e riabilitazione e branche a visita è costituito dal budget assegnato nell'anno 2009.

Il budget deve intendersi al netto delle quote di partecipazione alla spesa, dedotte altresì le prestazioni erogate in regime di Pronto Soccorso urgenti e indifferibili nonché le prestazioni rese agli assistiti di altre Regioni; queste ultime, oggetto di compensazione interregionale, sono da remunerarsi a tariffa regionale piena salvo quanto definito in materia da accordi interregionali, in ordine ai quali la Regione per il futuro si confronterà preliminarmente con le associazioni di categoria.

Agli erogatori pubblici ed equiparati viene confermata, anche per l'anno 2010, la possibilità di beneficiare della quota finanziaria del budget di attività ospedaliera 2010 non utilizzata, in aggiunta al budget ambulatoriale dell'anno in corso. Tale trasferimento di budget, che comporterà un aumento definitivo del budget ambulatoriale a fronte di una corrispondente diminuzione definitiva del budget ospedaliero, dovrà essere comunicato al Direttore Generale territorialmente competente e dovrà essere finalizzato prioritariamente alla riduzione dei tempi di attesa presenti nell'Azienda ULSS di riferimento. Una volta definita la quota finanziaria, dovrà esserne data comunicazione alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari. Tale meccanismo andrà comunque attuato entro il mese di settembre 2010.

Si conferma quanto previsto dalla DGR n. 1584/2009 in merito alla possibilità di beneficiare della quota finanziaria del budget di attività ospedaliera non utilizzata nell'anno 2009 in aggiunta al budget ambulatoriale dell'anno 2010, senza che ciò comporti una diminuzione definitiva del budget ospedaliero e un conseguente aumento definitivo del budget ambulatoriale.

Il budget annuale ambulatoriale va incrementato, con corrispondente diminuzione definitiva del budget dell'attività ospedaliera, degli importi relativi a "Interventi per ernia inguinale e femorale, età >17, no CC"

(Drg 162), "Radioterapia" (Drg 409), "Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta" (Drg 410) e "Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta" (Drg 492) la cui erogazione è già stata ricondotta anche al regime ambulatoriale. Tale quota di budget è costituita dall'importo complessivo relativo alle prestazioni erogate, nell'anno 2009, in regime ambulatoriale, e dall'importo relativo al numero dei ricoveri effettuati, sempre nell'anno 2009, oltre la soglia prevista dalla DGR n. 4277 del 29 dicembre 2009, valorizzati alle tariffe ambulatoriali previste dalla deliberazione n. 734 del 20 marzo 2007 e sue successive modifiche ed integrazioni, per i Drg 409, 410 e 492, e dalla deliberazione n. 3734 del 20 novembre 2007 per il Drg 162 (contenenti in uno qualsiasi dei campi i codici prestazioni previsti). A conferma di quanto previsto dalla DGR n. 2604/2008, per le ulteriori prestazioni di ricovero ospedaliero la cui erogazione sarà ricondotta anche a regime ambulatoriale, con apposito provvedimento verranno definiti la soglia di appropriatezza, la tariffa e i criteri di quantificazione dell'ammontare del budget da trasferire dall'attività ospedaliera a quella ambulatoriale.

A ciascun erogatore pubblico ed equiparato viene riconosciuto per l'anno 2010, con riferimento alle suindicate macroaree/branche specialistiche, un incremento finanziario pari all'1,5%, oltre alla percentuale di incremento finanziario già riconosciuta nell'anno 2009 con DGR n. 1584/2009, entrambi da calcolarsi sul budget 2009.

Tale incremento, che non costituisce budget, andrà liquidato in dodici rate mensili salvo conguaglio.

Le prestazioni erogate in supero al budget assegnato per l'anno 2010 sono soggette al meccanismo della regressione tariffaria secondo le medesime modalità applicative del 2009:

- prestazioni erogate in supero al budget fino al raggiungimento dell'importo corrispondente al 10% dello stesso: abbattimento tariffario pari al 15%;
- prestazioni erogate in supero all'importo corrispondente al budget maggiorato della percentuale del 10%: abbattimento tariffario pari al 60%.

La remunerazione in regressione non concorrerà a costituire il budget relativo agli anni successivi.

Gli erogatori pubblici ed equiparati hanno facoltà di ricorrere al meccanismo di assestamento dei budget assegnati per ciascuna macroarea/brancha specialistica (radiologia/diagnostica per immagini, medicina fisica e riabilitazione e branche a visita), al fine di ricalibrarli in rapporto all'effettivo andamento della domanda assistenziale.

L'assestamento di budget deve essere concordato con il Direttore Generale ed è finalizzato a soddisfare i reali bisogni di salute dei cittadini del territorio di riferimento.

L'assestamento del budget può attuarsi una sola volta nell'arco dell'anno, entro e non oltre il mese di settembre, e deve essere comunicato dall'ULSS competente alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari. Il budget risultante dall'assestamento costituirà il nuovo budget di riferimento assegnato per l'anno 2010.

Possono usufruire di tale meccanismo sia gli erogatori provvisoriamente accreditati per più di una macroarea (aventi cioè codice unico di accreditamento provvisorio) sia gli erogatori titolari di più rapporti di provvisorio accreditamento (aventi cioè codici diversi di accreditamento provvisorio) per la stessa o per diverse macroaree/branche specialistiche, purché le rispettive sedi di erogazione siano ubicate nel territorio della stessa Azienda ULSS.

Si conferma anche per l'anno 2010 l'applicazione del meccanismo del budget contrattato. Pertanto è auspicabile che l'Azienda ULSS e l'erogatore concordino la tipologia e il numero di prestazioni, ed eventualmente la relativa tempistica, secondo quanto previsto dalla DGR n. 1584/2009.

L'accordo sulla contrattazione del budget deve essere comunicato dall'ULSS competente alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari.

Della contrattazione di budget possono avvalersi anche i Direttori Generali delle Aziende ULSS limitrofe, preferibilmente della Provincia, a favore dei propri assistiti. In tale caso l'Azienda ULSS deputata a intrattenere i rapporti economici con l'erogatore privato è sempre quella di ubicazione territoriale dell'erogatore stesso, fatto salvo il raccordo tra le Aziende interessate nella definizione e ripartizione delle prestazioni oggetto della contrattazione.

Si precisa che nella contrattazione deve essere tenuto conto dell'attività normalmente erogata dalla struttura interessata e della potenzialità erogativa della stessa in considerazione, in particolare, dei tempi di attesa rilevati.

Per quanto riguarda le macroaree di radiologia/diagnostica per immagini, medicina fisica e riabilitazione e branche a visita, al fine di soddisfare particolari necessità assistenziali esistenti nel proprio territorio, dovute a carenze della rete erogativa, che danno luogo a tempi di attesa elevati o a problematiche nell'assicurare la continuità assistenziale, e/o al fine di ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici, i Direttori Generali hanno la possibilità, con l'utilizzo di risorse proprie, di sviluppare accordi aziendali con gli erogatori pubblici ed equiparati, preferibilmente insistenti nel territorio di competenza.

Essi potranno consistere sia nell'acquisto extra budget di pacchetti di prestazioni per determinati archi temporali, con una riduzione tariffaria, già comprensiva dello "sconto" da applicare in base alla legge finanziaria 2007, inferiore di almeno il 20% rispetto alla tariffa del nomenclatore tariffario regionale, sia nel riconoscimento di un annuale aumento di budget nelle rispettive macroaree/branche specialistiche.

Tali accordi dovranno essere comunicati per conoscenza alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari.

Solamente nel caso in cui almeno il 30% del budget complessivo dell'erogatore sia stato oggetto di contrattazione con l'Azienda/e ULSS, l'erogatore potrà usufruire dell'assestamento di budget e i Direttori Generali potranno avvalersi degli accordi aziendali (acquisto di pacchetti extra budget e annuale aumento di budget).

A conferma di quanto già introdotto dalla DGR n. 1584/2009, nel caso in cui un erogatore pubblico ed equiparato realizzi, per due anni consecutivi, un fatturato inferiore al proprio budget annuale, si prevede che l'anno successivo il budget sia ridimensionato sulla base delle indicazioni fornite con la circolare della Direzione Regionale per i Servizi Sanitari prot. n. 723325 del 30.12.2009.

Inoltre, qualora un erogatore non esegua alcuna prestazione o rimanga al di sotto della soglia minima di budget per branca specialistica per due anni consecutivi, l'Amministrazione regionale decreta la decadenza del soggetto dal rapporto di accreditamento provvisorio per tale branca; l'erogatore in questione non avrà pertanto più titolo per svolgere attività a carico del servizio sanitario, sulla base delle motivazioni espresse dalla DGR n. 452/2007. A partire dall'anno 2010 la soglia minima di budget annuale per branca specialistica è stabilita in 10.000,00 euro. Al fine di verificare il raggiungimento o meno della soglia minima per il biennio di riferimento, si fa presente che per l'anno 2009 resta ferma la soglia minima di budget di 15.000,00 euro, già prevista dalla DGR n. 1584/2009.

Per gli erogatori che operano in territori con carenze assistenziali oggettivamente dimostrate, il Direttore Generale può proporre, indicandone le motivazioni alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari, di mantenere comunque il rapporto di accreditamento provvisorio o di non provvedere al ridimensionamento del budget.

Per quanto riguarda la macroarea di diagnostica di laboratorio, per gli erogatori pubblici ed equiparati, per l'anno 2010, non è definito un budget e, conseguentemente, non si applica alcun meccanismo di regressione tariffaria. Per tale macroarea non si riconosce, inoltre, alcun incremento finanziario.

In attuazione delle disposizioni di cui all'art. 1, comma 796 lettera "O" della Legge Finanziaria n. 296 del 27.12.2006, obiettivo della Regione è quello comunque di rivedere la programmazione relativa alla rete di offerta pubblica e privata, congiuntamente alla ridefinizione e riequilibrio delle tariffe regionali delle prestazioni di cui trattasi.

Conseguentemente la Regione promuove la riorganizzazione dell'attività di laboratorio secondo i modelli di rete definiti dalla DGR n. 4052 dell'11.12.2007 i quali, tramite la centralizzazione della fase analitica, consentono la razionalizzazione e l'ottimizzazione delle risorse e una significativa riduzione dei costi di produzione.

Va precisato che alla remunerazione delle prestazioni di attività specialistica per tutte le macroaree continua ad essere applicato (salvo nuove disposizioni normative) quanto disposto dalla legge finanziaria 2007 (art. 1, comma 796 lettera "O", L. 27.12.2006, n. 296) relativamente al c.d. "sconto", secondo le indicazioni delle note regionali applicative e della sentenza della Corte Costituzionale n. 94/09.

I Direttori Generali delle Aziende ULSS sono tenuti ad assegnare, in applicazione dei criteri sopra descritti, per ciascuna macroarea/branca specialistica, il budget ad ogni erogatore pubblico ed equiparato del proprio territorio entro il 15.5.2010.

Al fine di assicurare agli erogatori pubblici ed equiparati la possibilità di programmare la propria attività senza soluzione di continuità nell'arco dell'intero anno a venire, nell'ipotesi di non approvazione, entro il 31.12.2010, della delibera della Giunta Regionale per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per il periodo successivo, si intende provvisoriamente prorogato il presente provvedimento fino all'adozione della nuova deliberazione. Il budget per ogni mese di "vacatio" sarà pari ad un dodicesimo del budget assegnato all'erogatore nel 2010.

In ordine al presente provvedimento, che rappresenta dunque il sistema dei tetti di spesa e di remunerazione tariffaria delle prestazioni specialistiche ambulatoriali valido per l'anno 2010, nei confronti degli erogatori pubblici ed equiparati, sono state sentite, con consultazioni avvenute in più incontri e, da ultimo, il 2.3.2010, le associazioni di categoria maggiormente rappresentative degli erogatori equiparati, che ne hanno condiviso il contenuto.

Il Relatore conclude la propria relazione e sottopone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

#### LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione, ai sensi dell'art. 33, 2° comma, dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

VISTO il D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la Legge del 27.12.2006, n. 296 – Finanziaria 2007;

VISTA la Legge regionale del 16.8.2002, n. 22;

VISTA la DGR n. 860 del 27.2.1987;

RICHIAMATE le deliberazioni di determinazione dei tetti di spesa: n. 4776 del 30.12.97; n. 270 del 6.2.2004; n. 3292 del 22.10.2004; n. 4302 del 29.12.2004; n. 70 del 17.1.2006; n. 4449 del 28.12.2006; n. 452 del 27.2.2007; n. 2604 del 16.9.2008; n. 1584 del 26.5.2009;

VISTA l'Intesa Stato - Regioni del 28.3.2006 - Piano Nazionale Contenimento Tempi di Attesa;

VISTA la DGR n. 600 del 13.3.2007;

VISTA la DGR n. 4052 dell'11.12.2007;

VISTA la circolare regionale prot. n. 723325 del 30.12.2009;

VISTA la sentenza della Corte Costituzionale n. 94/09.

**DELIBERA**



1. di approvare, secondo quanto in premessa esposto e sulla base delle motivazioni in essa esplicitate, i criteri per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2010 per quanto riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale erogata dai soggetti pubblici ed equiparati;
2. di dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende ULSS di notificare a ciascun erogatore pubblico ed equiparato del proprio territorio, non appena ne avranno a disposizione il testo, il contenuto del presente provvedimento;
3. di impegnare i Direttori Generali delle Aziende ULSS ad adottare i provvedimenti applicativi conseguenti alla presente deliberazione entro la data del 15 maggio 2010 e a trasmetterli alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari, evidenziando le procedure di calcolo effettuate;
4. di stabilire che, qualora entro il 31.12.2010 non venga approvata la delibera della Giunta Regionale per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per il periodo successivo, si intende provvisoriamente prorogato il presente provvedimento fino all'adozione della nuova deliberazione;
5. di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo.

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

**IL SEGRETARIO**  
Dott. Antonio Menetto

**IL PRESIDENTE**  
On. dott. Giancarlo Galan

