



# REGIONE DEL VENETO

Giunta regionale  
9<sup>a</sup> legislatura

Struttura amministrativa competente:  
UC Assistenza ospedaliera pubblica e  
privata

			P	A
Presidente	Luca	Zaia	X	
Vicepresidente	Marino	Zorzato	X	
Assessori	Renato	Chisso	X	
	Roberto	Ciambetti	X	
	Luca	Coletto	X	
	Maurizio	Conte	X	
	Marialuisa	Coppola		X
	Elena	Donazzan	X	
	Marino	Finozzi	X	
	Massimo	Giorgetti	X	
	Franco	Manzato	X	
	Remo	Sernagiotto	X	
	Daniele	Stival	X	

Segretario Mario Caramel

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 312

del 15 MAR. 2011

**OGGETTO:** Assistenza ospedaliera nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto: criteri, modalità e determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori privati accreditati equiparati e non equiparati al pubblico per l'anno 2011.

### NOTE PER LA TRASPARENZA:

Vengono definiti, per l'anno 2011, il numero massimo dei ricoveri da erogare a favore dei cittadini veneti ed il relativo tetto massimo di spesa per l'assistenza ospedaliera delle strutture ospedaliere private accreditate

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Ai sensi del Decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e sue successive modifiche ed integrazioni, la Giunta Regionale determina i principi ed i criteri di finanziamento al fine di programmare l'erogazione da parte dei soggetti pubblici e privati accreditati delle prestazioni sanitarie in regime di ricovero ospedaliero con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale. E' altresì chiamata a definire l'insieme di regole e criteri che determinano il meccanismo di remunerazione tariffaria delle prestazioni sanitarie, al fine di governare l'offerta delle prestazioni ospedaliere.

La Legge Regionale 16 agosto 2002, n. 22, all'articolo 17, attribuisce alla Giunta Regionale, 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, il compito di determinare piani annuali preventivi di attività, indicanti la quantità e tipologia di prestazioni da erogare, nell'ambito del livello di spesa annualmente definito.

Il quadro normativo e finanziario di riferimento in cui si trova ad operare l'Amministrazione regionale per l'anno 2011 è caratterizzato anche dal "Nuovo patto della salute per gli anni 2010-2012" approvato dalla Conferenza permanente Stato-Regioni con atto rep. n. 243/CSR del 3 dicembre 2009.

Tra gli obiettivi della programmazione regionale, in linea con quella nazionale, vi è l'obiettivo di aumentare gli standard di efficienza, efficacia e qualità dei servizi e di sostenibilità del sistema proseguendo nelle azioni mirate a:

- razionalizzare la rete ospedaliera nel rispetto del nuovo parametro stabilito con il "Nuovo patto della salute per gli anni 2010-2012" corrispondente a 4 posti letto per mille abitanti di cui 3,3 per acuti e 0,7 per riabilitazione e lungodegenza;
- raggiungere il tasso di ospedalizzazione del 140 per mille abitanti entro l'anno 2012;
- ricondurre, secondo criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, le prestazioni sanitarie, erogate con oneri a carico del servizio sanitario regionale, ad un regime di erogazione più appropriato, nel rispetto della sicurezza per il paziente e degli operatori;

- monitorare il processo di accreditamento.

Il sistema di determinazione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera oggetto del presente provvedimento si fonda sui seguenti principi:

- 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 dei cittadini;
- la determinazione dei budget entro un ammontare predefinito che consenta di non superare il limite massimo di spesa sostenibile per l'assistenza ospedaliera;
- l'esigenza del rispetto degli obblighi assunti, da ultimo, con il Nuovo Patto per la salute per gli anni 2010/2012 sopra riportato, circa l'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate dal sistema sanitario, intesa sia qualitativamente che quantitativamente e in relazione all'economicità ed efficienza nell'uso delle risorse;
- l'esigenza di rispetto dell'equilibrio di bilancio, in una situazione in cui le risorse finanziarie sono limitate e vi è pertanto la necessità di utilizzare al meglio le potenzialità delle strutture pubbliche, per garantire efficienza a fronte di investimenti effettuati in termini finanziari ed organizzativi.

Nei confronti degli erogatori pubblici, già con il provvedimento di assegnazione delle risorse finanziarie per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'anno 2010 (DGR 3473 del 30 dicembre 2010), è stata avviata una modalità di attribuzione delle risorse medesime che tenga conto dei migliori risultati conseguiti dalle Aziende Ulss, così da contenere gradualmente la costosità del sistema senza ridurre la qualità delle prestazioni. Tale processo proseguirà nell'anno 2011, con l'obiettivo di attribuire una quota capitaria che riduca al minimo la forbice attualmente presente tra le varie Aziende Ulss, pur tenendo conto delle differenze giustificate da oggettive motivazioni.

Coerentemente con il sistema di attribuzione delle risorse alle Aziende sanitarie pubbliche, la deliberazione n. 3140 del 14 dicembre 2010 relativa all'assegnazione degli obiettivi per gli anni 2011 e 2012 alle Aziende medesime, evidenzia la necessità di ottimizzare l'utilizzo delle risorse impiegate quale fattore determinante per la sostenibilità del sistema sanitario e prevede conseguentemente anche:

- l'ottimizzazione del numero dei ricoveri attraverso il raggiungimento, per l'anno 2011 e per il primo semestre dell'anno 2012, del tasso di ospedalizzazione pari a 140 per mille abitanti;
- la razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera attraverso la determinazione del costo per residente pesato.

Ai provvedimenti regionali citati, si deve aggiungere anche il recente atto della Giunta Regionale (DGR n. 3444 del 30 dicembre 2010) con il quale è stato ridefinito, alla luce dell'esperienza fino ad ora maturata, il sistema dei controlli sull'appropriatezza clinica del regime di erogazione delle prestazioni sanitarie, valido per tutte le strutture pubbliche e private accreditate. Tale sistema è di fondamentale importanza in quanto garantisce un controllo mirato a verificare che le prestazioni sanitarie siano erogate attraverso un setting assistenziale che, nel rispetto della sicurezza dei pazienti e degli operatori, consenta contemporaneamente di dare un'appropriata risposta sanitaria, di utilizzare al meglio le risorse e di rilevare eventuali limiti o carenze organizzativo/gestionali da modificare.

Nei confronti degli erogatori privati accreditati, la Giunta Regionale, già dall'anno 2006, ha adottato il sistema di determinazione dei volumi di attività di prestazioni di ricovero previsto per le aziende pubbliche.

Per ultime, la deliberazione n. 4449 del 28 dicembre 2006 e le deliberazioni n. 1178 del 23 marzo 2010 (per le strutture private provvisoriamente accreditate equiparate al pubblico) e n. 1179 del 23 marzo 2010 (per le strutture private provvisoriamente accreditate non equiparate al pubblico) hanno approvato, per l'assistenza ospedaliera erogata nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto, i criteri e le modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori privati provvisoriamente accreditati rispettivamente per il triennio 2007-2008-2009 e per l'anno 2010.

Ora, considerato che, nell'ambito delle politiche di appropriatezza ed efficienza, è attualmente in corso un processo volto alla adozione dei nuovi indirizzi di programmazione regionale in materia di

assistenza ospedaliera, con la proposta del nuovo Piano Regionale Socio-Sanitario, si propone di approvare il sistema di regolazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa, per l'assistenza ospedaliera erogata nei confronti dei cittadini residenti nella Regione Veneto, dei soggetti erogatori accreditati equiparati e non equiparati al pubblico (di seguito denominati erogatori privati), con una validità temporale limitata all'anno 2011. Il sistema di regolazione proposto risulta coerente con i principi di razionalizzazione, riorganizzazione ed appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni ospedaliere determinati dalla normativa nazionale sopra richiamata, dalle deliberazioni n. 4449/2006, n. 1178/2010 e n. 1179/2010 e dalle linee di programmazione in corso di adozione.

Per determinare il sistema di regolazione per l'anno 2011 è stata effettuata, sia nei confronti delle Aziende sanitarie pubbliche sia nei confronti degli erogatori privati, un'analisi del numero dei ricoveri (produzione) effettuati nell'anno 2009 a favore dei cittadini veneti ed un'analisi della dotazione dei posti letto realmente attivi ed utilizzati nell'anno 2010. Tali analisi hanno evidenziato che l'estensione delle azioni mirate al miglioramento dell'appropriatezza clinica e dell'efficienza e la differenziazione dei percorsi assistenziali che ne consegue consentono sia di garantire e migliorare le risposte al fabbisogno di salute dei cittadini veneti, anche in relazione all'attuale differenziazione dell'offerta presente nelle diverse provincie, sia di contenere e di razionalizzare la spesa sanitaria.

Il sistema di regolazione per il 2011, partendo quindi dalle analisi menzionate, si pone, quale obiettivo finanziario, sia per le Aziende Ulss che per gli erogatori privati, il contenimento/stabilizzazione e la razionalizzazione della spesa sanitaria e, quale obiettivo di attività, per gli erogatori privati, come tappa intermedia, il raggiungimento del tasso di ospedalizzazione pari al 150 per mille, nell'ottica del raggiungimento del tasso del 140 per mille. Evidenziando che le Aziende Ulss hanno l'obiettivo del raggiungimento del tasso di ospedalizzazione pari al 140 per mille abitanti già entro l'anno 2011 (DGR 3140/2010), l'obiettivo assegnato agli erogatori privati con il presente atto permetterà di sostenere le azioni che saranno poste in essere dalle aziende pubbliche. La gradualità del processo consentirà, inoltre, agli erogatori privati di pervenire, nell'anno 2012, ad un tasso di ospedalizzazione pari a 140 per mille abitanti, attraverso l'attuazione di un'ulteriore riduzione dei ricoveri consentita dalla possibilità di soddisfare i bisogni di salute dei cittadini attraverso forme assistenziali alternative più appropriate.

Con tale sistema, inoltre, si intende dare certezza preventiva delle risorse assegnate agli erogatori privati e conseguentemente certezza di spesa da parte delle Aziende Ulss e da parte dell'Amministrazione regionale.

Per quanto riguarda l'obiettivo finanziario, il budget per l'anno 2011 di ogni erogatore privato, che rappresenta il tetto finanziario massimo attribuito e non superabile, è costituito dagli importi indicati nell'allegato A, parte integrante del presente provvedimento. Esso viene erogato a seguito della presentazione della fattura, nei termini più avanti indicati, anche in forma di acconti mensili, salvo conguaglio.

Per la determinazione di tale budget sono stati analizzati gli importi costituenti il budget per l'anno 2009, gli importi liquidati per l'anno 2009 per le prestazioni di ricovero ospedaliero, l'applicazione del meccanismo della regressione di cui alla DGR n. 4449/2006, se dovuta, e la quota relativa alle prestazioni erogate anche in regime ambulatoriale, trasferita definitivamente dal budget ospedaliero al budget ambulatoriale (DGR n. 1178 e n. 1179 del 2010).

Inoltre, una particolare attenzione è stata posta per quanto riguarda l'offerta di prestazioni da parte della strutture privata accreditata ubicata nel territorio dell'Azienda Ulss 10 di San Donà di Piave. Infatti si è dovuto tenere in considerazione che la Giunta Regionale, con deliberazione n. 1184 del 23 marzo 2010, aveva approvato una modifica della scheda di dotazione ospedaliera, provvedendo ad una nuova diversa assegnazione di funzioni, attività e posti letto.

In attesa della ridefinizione del valore delle tariffe associate ai Diagnosis-related group (Drg), per l'anno 2011, prevista dall'art 1, comma 170, della legge 311/2004 (legge finanziaria 2005) e fino all'adozione delle nuove tariffe, viene riconosciuto un incremento finanziario pari al 3.80% da calcolarsi sul

fatturato dell'anno 2011 entro comunque il limite costituito dal tetto finanziario indicato nell'allegato A. L'incremento, che non costituisce budget, viene erogato a seguito della presentazione della relativa fattura nei termini più avanti indicati, anche in forma di acconti mensili, salvo conguaglio.

L'incremento in parola trova la sua motivazione nel fatto che l'art 1, comma 170, della legge 311/2004 prevede che si proceda all'aggiornamento delle tariffe una cadenza triennale. L'ultimo aggiornamento delle tariffe associate ai Drg è stato approvato dalla Giunta Regionale con la deliberazione n. 916 del 28 marzo 2006, con validità dal 1 gennaio del medesimo anno. Pertanto, alla luce della normativa nazionale richiamata, l'aggiornamento di cui alla DGR n. 916/2006 copre l'arco temporale del triennio 2006-2007-2008. Non avendo ancora provveduto ad un successivo aggiornamento del tariffario delle prestazioni di ricovero per il triennio 2009-2010-2011 ed in attesa di provvedere in merito, nel rispetto della normativa nazionale sopra richiamata, si è ritenuto di riconoscere agli erogatori privati l'incremento finanziario del 3,80% derivato dalla seguente somma: 0,80% (tasso di inflazione reale dell'anno 2009 – fonte ISTAT) più 1,5% (tasso di inflazione programmata per l'anno 2010 – fonte “DPEF nazionale 2010/2013”) più 1,5% (tasso di inflazione programmata per l'anno 2011 – fonte “DPEF nazionale 2010/2013”).

All'incremento finanziario sopra riportato si somma un ulteriore incremento pari a 1,20% da calcolarsi anch'esso sul fatturato dell'anno 2011 entro comunque il limite costituito dal tetto finanziario indicato nell'allegato A. L'incremento, che non costituisce budget, viene erogato a seguito della presentazione della relativa fattura nei termini più avanti indicati, anche in forma di acconti mensili, salvo conguaglio. Tale ulteriore incremento trova la sua motivazione nel fatto che, a breve, l'Amministrazione regionale procederà alla revisione e riorganizzazione dell'intero sistema di finanziamento, operando anche una diversificazione dello stesso rispetto sia alla complessità organizzativa sia alla complessità delle tipologie di intervento (case mix) delle singole strutture erogatrici. La revisione e la riorganizzazione in parola si rendono necessarie per garantire il raggiungimento dell'obiettivo di aumentare gli standard di efficienza, efficacia e qualità dei servizi e di sostenibilità del sistema. In attesa di tale importante revisione si ritiene opportuno, per garantire continuità di offerta nell'erogazione delle prestazioni sanitarie anche in questa fase di transizione, sostenere questa componente del sistema sanitario regionale.

L'approvazione da parte della Giunta Regionale del nuovo aggiornamento delle tariffe associate ai Drg comporterà, quindi, sia la cessazione dell'erogazione degli incrementi finanziari sia l'adeguamento del budget al nuovo sistema di finanziamento.

Coerentemente con le disposizioni di cui sopra e per dare un assetto organico e coerente con tutto il sistema della remunerazione delle prestazioni erogate, l'Amministrazione regionale si impegna ad effettuare, nel più breve tempo possibile:

- la revisione delle tariffe associate ai Drg, secondo un modello che tenga conto dei costi sostenuti dalle strutture pubbliche e private accreditate;
- la definizione del miglior setting assistenziale, tra ricovero ordinario – diurno ed ambulatoriale, per l'erogazione delle prestazioni e le relative tariffe;
- la revisione del Nomenclatore Tariffario delle prestazioni ambulatoriali

A tale scopo si demanda ad un decreto del Segretario regionale per la Sanità l'istituzione di un Comitato tecnico permanente, composto anche da un rappresentante per ciascuna Associazione di categoria Aiop ed Aris. Il Segretario regionale per la Sanità dovrà procedere annualmente all'aggiornamento o alla conferma dei componenti del Comitato.

Si precisa che, a conferma di quanto previsto dalla DGR n. 2604 del 16 settembre 2008, per le prestazioni di ricovero ospedaliero la cui erogazione sarà ricondotta, nell'anno 2011, 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. Per l'anno 2011 la remunerazione di tali prestazioni dovrà avvenire nell'ambito del tetto di spesa previsto per l'assistenza ospedaliera.

La possibilità di beneficiare, per l'anno 2011, della quota finanziaria del budget di attività ospedaliera non utilizzata, in aggiunta al budget ambulatoriale dell'anno in corso deve essere preventivamente concessa dalla Segreteria regionale per la Sanità, sentite le Aziende Ulss di riferimento territoriale. Il trasferimento di budget, che comporterà una diminuzione definitiva del budget ospedaliero a fronte di un corrispondente aumento definitivo del budget ambulatoriale, dovrà essere finalizzato prioritariamente alla riduzione dei tempi di attesa presenti nelle Aziende Ulss di riferimento. Tale meccanismo andrà comunque attuato entro il mese di settembre 2011.

Per quanto riguarda, ora, l'obiettivo di attività, coerentemente con quanto stabilito con le deliberazioni citate e relative all'assegnazione delle risorse finanziarie e degli obiettivi alle Aziende sanitarie pubbliche, si ritiene di proseguire con la politica di riduzione del tasso di ospedalizzazione, già intrapresa con la deliberazione n. 4449/2006 e confermate dalle successive deliberazioni n. 1178/2010 e 1179/2010.

Pertanto, per l'anno 2011, si prevede un decremento, per ciascun erogatore privato, del numero dei ricoveri dei cittadini residenti nella Regione Veneto, tale da consentire il raggiungimento del tasso di ospedalizzazione pari al 150 per mille.

Il numero dei ricoveri da ridurre è stato determinato, quindi, dalla differenza tra il numero dei ricoveri effettuati nell'anno 2009 (ultimo dato consolidato) ed il numero dei ricoveri necessari al raggiungimento del tasso sopra indicato, con esclusione dei ricoveri per i neonati sani (Drg 391) e per terapia psichiatrica (cod. 40).

Si riporta nell'**allegato B** il volume massimo di attività previsto per l'anno 2011 (tetto massimo dei ricoveri) e, indicativamente, l'articolazione del numero massimo di ricoveri per singola Azienda Ulss. Il rispetto del tetto previsto per singola Azienda Ulss sarà oggetto di verifica semestrale e, nel caso in cui venissero riscontrate delle anomalie strutturali, verranno effettuate apposite valutazioni anche al fine di garantire un equo accesso alle prestazioni da parte dei cittadini prioritariamente nel territorio di riferimento.

Si sottolinea che il decremento dei ricoveri tiene conto di quanto riportato dalla deliberazione n. 4277 del 29 dicembre 2009 nella quale i dati riferiti ai "Drg a rischio di inappropriatezza", di cui all'**allegato A**, mostrano una percentuale di inappropriatezza in ambito regionale pari circa al 7%.

La riduzione, pertanto, deve essere attuata prioritariamente nell'ambito dei "Drg a rischio di inappropriatezza" di cui alla deliberazione n. 4277/2009 ed in particolare nell'ambito dei "Drg medici", in quanto per questi è maggiormente possibile dare luogo a diversi modelli assistenziali.

Al fine di favorire il processo di riqualificazione erogativa, si provvederà, inoltre, ad individuare e a rendere possibile l'erogazione di prestazioni anche in regime ambulatoriale, fermo restando il principio della massima sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Nel corso dell'anno 2011 verranno effettuate le opportune verifiche in ordine all'impatto delle azioni regionali messe in atto per rendere possibile il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Il superamento del tetto massimo dei ricoveri comporta l'applicazione del meccanismo della regressione del 65% da applicarsi al valore economico complessivo relativo ai ricoveri eccedenti, entro comunque il limite massimo dell'importo del budget 2011 che si ricorda essere insuperabile. Sull'importo fatturato relativo all'applicazione del meccanismo della regressione non si applica l'incremento finanziario. La remunerazione in regressione non concorrerà a costituire il budget relativo agli anni successivi.

La disposizione relativa al decremento del numero dei ricoveri non trova applicazione nei confronti degli erogatori privati che in prevalenza (più del 51% del fatturato) erogano attività di terapia psichiatrica, recupero e riabilitazione funzionale, unità spinale e neuro riabilitazione.

Fermo restando l'obiettivo del raggiungimento del tasso di ospedalizzazione, i Direttori generali delle Aziende Ulss possono sottoscrivere con gli erogatori privati specifici accordi per tipologie definite di

prestazioni, in particolare per ridurre le liste di attesa, in supero al budget di cui all'allegato A. Tali accordi dovranno essere preventivamente sottoposti all'approvazione da parte del Segretario regionale per la Sanità. Nel caso in cui emergessero delle difficoltà tali da pregiudicare la sottoscrizione, da parte dei Direttori generali e degli erogatori, degli accordi, gli uffici competenti dell'Amministrazione regionale, al fine di consentire il raggiungimento dell'obiettivo prefissato, potranno procedere alla formulazione di proposte da sottoporre all'approvazione del Segretario regionale per la Sanità.

Tutti gli accordi sottoscritti devono essere comunicati alla Direzione Regionale Attuazione Programmazione Sanitaria da parte dell'Azienda Ulss competente.

Si ritiene opportuno, altresì, stabilire che:

- il pagamento delle prestazioni ospedaliere eseguite da ciascun erogatore privato debba avvenire entro 60 giorni dalla data di emissione della relativa fattura, salvo quanto eventualmente disposto dagli appositi accordi sopra menzionati.
- gli erogatori privati debbano concorrere alla distribuzione diretta di farmaci, secondo le modalità tecniche da concordare con le Aziende Ulss di riferimento territoriale e che gli stessi si impegnino ad informatizzare, secondo quanto previsto dalle norme vigenti, le liste di attesa per i ricoveri ospedalieri, realizzando così un sistema integrato pubblico-privato cui i cittadini potranno accedere per fruire delle prestazioni.

Si propone, infine, che la presente deliberazione decorra dalla data di adozione e fino al 31 dicembre 2011. Qualora il provvedimento della Giunta Regionale relativo alla determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2012 non venga adottato entro il 31 dicembre 2011, si intende provvisoriamente prorogata la presente delibera, fino all'adozione del nuovo provvedimento.

A tal proposito si rappresenta che le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative dei soggetti erogatori privati (AIOP ed ARIS) hanno dichiarato la loro disponibilità a collaborare per la definizione del nuovo sistema di finanziamento, al fine di addivenire, nell'arco di un mese massimo un mese e mezzo, ad un accordo tra Regione e Associazioni medesime. Nel caso del raggiungimento di tale accordo si evidenzia la possibilità, manifestata dall'ARIS, di far decorre il provvedimento della Giunta Regionale di approvazione dell'accordo in parola dal 1 gennaio 2011.

Spetta ai Direttori Generali notificare agli erogatori privati ubicati nel proprio territorio, non appena ne avranno la disponibilità, il presente provvedimento.

Si rappresenta che sul modello di regolazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa, oggetto del presente provvedimento, sono state informate le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative dei soggetti erogatori (AIOP ed ARIS) con le quali è stato anche effettuato un confronto sui dati relativi ai ricoveri effettuati nell'anno 2009 ed agli importi liquidati, agli importi relativi all'applicazione del meccanismo della regressione ed alla quota relativa alle prestazioni la cui erogazione è stata resa possibile anche nel regime ambulatoriale, sempre dell'anno 2009.

Si sottolinea, inoltre, che l'Amministrazione regionale procederà, in fase di assegnazione delle risorse per l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza per l'anno 2011, alla definizione dei criteri per individuare quali erogatori privati accreditati svolgano una funzione di rilevanza almeno provinciale, alla definizione dei criteri per la quantificazione di uno specifico finanziamento dedicato allo svolgimento di tale funzione ed all'erogazione di quest'ultimo.

Per ultimo, si ritiene opportuno fornire alcune precisazioni in merito alle strutture pubbliche e private accreditate delle Aziende Ulss 12 Veneziana, Ulss 18 di Rovigo, Ulss 19 di Adria e Ulss 22 di Bussolengo.

In particolare, per quanto riguarda l'Azienda Ulss 12 Veneziana si deve tenere in considerazione che è stato attivato, a partire dal mese di luglio dell'anno 2008, il nuovo complesso ospedaliero, denominato "All'Angelo", nel territorio mestrino. Rispetto alla vecchia struttura, in quella nuova, l'Azienda è in grado di ampliare e diversificare l'offerta di prestazioni sanitarie e di raggiungere un livello di gestione ottimale di efficienza con un aumento di attività. A tale scopo, è stato anche effettuato un incontro con l'Azienda Ulss

12 per un'analisi in merito alla redistribuzione dell'offerta sanitaria nel territorio di competenza. Il criterio di riferimento per la determinazione della revisione dell'apporto dell'erogatore privato in tale territorio è collegato a quello della riduzione del numero dei ricoveri indispensabili al conseguimento del tasso di ospedalizzazione pari a 150 per mille abitanti. Per quanto riguarda le Aziende Ulss 18 di Rovigo e Ulss 19 di Adria sono pervenute delle proposte da parte dei rispettivi Direttori generali (documenti agli atti della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria) mirate all'ottimizzazione dell'offerta ospedaliera delle strutture pubbliche ed a consentire l'uso corretto ed efficiente delle risorse assegnate.

In generale, l'offerta delle prestazioni sanitarie nei territori sopra riportati risulta essere disallineata con i parametri previsti nel Nuovo patto per la salute per gli anni 2010/2012.

Pertanto, considerato:

- l'esigenza del rispetto degli obblighi assunti con il Nuovo Patto per la salute per gli anni 2010/2012
  - il rispetto degli obiettivi regionali posti, relativamente al raggiungimento del tasso di ospedalizzazione
  - il rispetto del principio di efficienza, dal quale consegue il pieno e ottimale utilizzo della capacità produttiva delle strutture pubbliche esistenti e nuove, dotate di tecnologie all'avanguardia
  - che l'entità delle risorse pubbliche investite nella realizzazione delle nuove strutture esige che le stesse siano utilizzate prioritariamente
- l'Amministrazione regionale si impegna a rivedere, con successivo provvedimento, l'offerta delle prestazioni sanitarie attraverso una ridefinizione delle schede di dotazione ospedaliera degli erogatori pubblici e privati accreditati delle Aziende Ulss 12 Veneziana, Ulss 18 di Rovigo, Ulss 19 di Adria e Ulss 22 di Bussolengo.

Per l'area di confine con l'Emilia Romagna, l'Amministrazione regionale si impegna ad effettuare opportune valutazioni in merito ai flussi di mobilità relativi alle prestazioni di ricovero.

Il Relatore conclude la propria relazione e propone 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, comma 2 dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato la regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la legislazione regionale e statale;

VISTA l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute, per gli anni 2010-2012, approvata dalla Conferenza permanente Stato-Regioni con atto rep. n. 243/CSR del 3 dicembre 2009;

VISTA la deliberazione n. 4449 del 28 dicembre 2006;

VISTA la deliberazione n. 2604 del 16 settembre 2008;

VISTA la deliberazione n. 938 del 7 aprile 2009;

VISTA la deliberazione n. 4277 del 29 dicembre 2009;

VISTA la deliberazione n. 1178 del 23 marzo 2010;

VISTA la deliberazione n. 1179 del 23 marzo 2010;

VISTA la deliberazione n. 3140 del 14 dicembre 2010;

VISTA la deliberazione n. 3444 del 30 dicembre 2010;

VISTA la deliberazione n. 3473 del 30 dicembre 2010;

#### DELIBERA

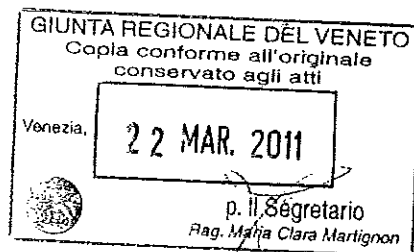
1. di adottare il sistema di regolazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa dei soggetti erogatori privati accreditati equiparati e non equiparati al pubblico, per l'anno 2011, così come descritto e secondo le modalità riportate in premessa;

2. di stabilire che il budget per l'anno 2011 per ciascun erogatore privato accreditato equiparato e non equiparato al pubblico sia costituito dagli importi indicati nell'allegato A che costituisce parte integrante del presente provvedimento;
3. di riconoscere a ciascun erogatore privato accreditato equiparato e non equiparato al pubblico un incremento finanziario pari al 3,80%, al quale si somma un ulteriore incremento finanziario pari a 1,20%, da calcolarsi sul fatturato per l'anno 2011;
4. di stabilire, per ciascun erogatore privato accreditato equiparato e non equiparato al pubblico, il volume massimo di attività, così come riportato nell'allegato B, che costituisce parte integrante del presente provvedimento;
5. di dare mandato ai Direttori generali delle Aziende Ulss di notificare a ciascun erogatore privato accreditato equiparato e non equiparato al pubblico ubicato nel proprio territorio, non appena ne avranno a disposizione il testo, il contenuto del presente provvedimento;
6. di stabilire che il presente provvedimento decorre dalla data di adozione e fino al 31 dicembre 2011;
7. di stabilire che qualora il provvedimento relativo alla determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2012 non venga adottato dalla Giunta Regionale entro il 31 dicembre 2011, si intenda provvisoriamente prorogata la presente delibera, fino all'adozione del nuovo provvedimento;
8. di demandare ad un decreto del Segretario regionale per la Sanità l'istituzione del Comitato tecnico permanente di cui in premessa;
9. di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
10. di dare atto che gli oneri derivanti dalla attuazione del presente provvedimento trovano copertura nel capitolo 101177 del progetto di bilancio 2011 in corso di approvazione;
11. di disporre la pubblicazione del presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione, nei termini di rito.

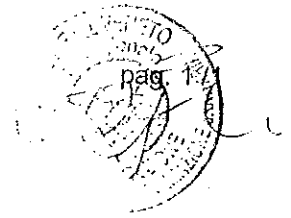
Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

Il Segretario  
F.to Avv. Mario Caramel

Il Presidente  
F.to Dott. Luca Zaia







**REGIONE DEL VENETO**
giunta regionale - 9<sup>a</sup> legislatura

Ulss	denominazione struttura	BUDGET 2011
6	Casa di Cura VILLA BERICA di Vicenza	12.000.000,00
6	Casa di cura ERETENIA di Vicenza	13.700.000,00
6	Casa di cura VILLA MARGHERITA di Arcugnano	4.600.000,00
7	IRCCS "MEDEA" - Istituto LA NOSTRA FAMIGLIA di Conegliano	4.200.000,00
9	Casa di Cura GIOVANNI XXIII di Monastier	24.000.000,00
9	Casa di Cura PARK VILLA NAPOLEON di Preganziol	2.900.000,00
9	Ospedale Classificato SAN CAMILLO di Treviso	12.100.000,00
10	Casa di Cura SILENO E ANNA RIZZOLA di San donà di Piave	8.800.000,00
12	Casa di Cura SAN MARCO - Presidio - di Venezia Mestre	21.300.000,00
12	Ospedale Classificato VILLA SALUS di Venezia Mestre	19.000.000,00
12	Ospedale Classificato SAN RAFFAELE ARCANGELO - FATEBENEFRAELLI di Venezia	6.400.000,00
12	IRCCS SAN CAMILLO del Lido di Venezia	9.100.000,00
16	Casa di Cura ABANO TERME - Presidio - di Abano Terme	37.600.000,00
16	Casa di Cura PARCO DEI TIGLI di Castigliola di Teolo	6.100.000,00
16	Casa di Cura TRIESTE di Padova	4.600.000,00
16	Casa di Cura VILLA MARIA di Padova	5.800.000,00
18	Casa di Cura CITTA DI ROVIGO di Rovigo	6.300.000,00
18	Casa di Cura S.M. MADDALENA di Rovigo	5.500.000,00
19	Casa di Cura MADONNA DELLA SALUTE - Presidio - di Porto Viro	19.200.000,00
20	Ospedale Classificato VILLA SANTA GIULIANA di Torricelle di Verona	2.900.000,00
20	Casa di Cura CENTRO RIABILITATIVO VERONESE di Marzana	4.200.000,00
20	Casa di Cura SAN FRANCESCO di Verona	12.500.000,00
20	Casa di Cura VILLA SANTA CHIARA di Quinto di Valpantena	3.300.000,00
22	Ospedale Classificato SACRO CUORE - DON CALABRIA di Negrar	80.000.000,00
22	Casa di Cura PEDERZOLI - Presidio - di Peschiera del Garda	42.700.000,00
22	Casa di Cura VILLA GARDA di Garda	5.500.000,00

Allegato B Dgr n. 512 del 10 MARZO 2011

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale - 9ª legislatura



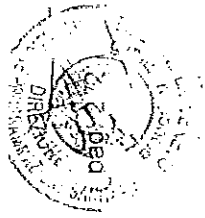
Erogatore	Tetto dei Ricoveri 2011
C.C. ERETENIA	4.833
C.C. V.BERICA	4.773
O.CL. S.CAMILLO	3.982
C.C. GIOVANNI XXIII	6.594
C.C. ANNA RIZZOLA	2.885
O.CL. V.SALUS	6.624
C.C. S.MARCO	5.165
C.C. TRIESTE	2.452
C.C. ABANO TERME	9.632
C.C. CITTA DI ROVIGO	1.783
C.C. S.M. MADDALENA	1.749
C.C. MADONNA D.SALUTE	4.950
C.C. S.FRANCESCO	3.260
O.CL. SACRO CUORE - DON C-LABRIA	21.686
C.C. PEDERZOLI	11.992

212

15 MAR 2011

Allegato B Dgr n.

del



Erogatore	Numero dei ricoveri massimi da erogare verso ciascuna Azienda Ulss														Tetto dei ricoveri 2011							
	Ulss 1	Ulss 2	Ulss 3	Ulss 4	Ulss 5	Ulss 6	Ulss 7	Ulss 8	Ulss 9	Ulss 10	Ulss 12	Ulss 13	Ulss 14	Ulss 15		Ulss 16	Ulss 17	Ulss 18	Ulss 19	Ulss 20	Ulss 21	Ulss 22
C.C. ERETENIA	3	6	166	379	716	3.159	-	20	11	1	17	74	1	140	65	18	8	-	45	3	1	4.833
C.C. V.BERICA	6	7	266	462	254	2.862	10	89	46	8	67	90	7	255	203	60	14	8	42	10	7	4.773
O.C.L. S.CAMILLO	30	8	18	3	2	9	154	255	3.282	52	82	41	2	26	9	4	2	1	2	-	-	3.982
C.C. GIOVANNI XXIII	52	7	18	2	2	-	183	364	3.495	826	1.070	445	4	90	19	3	1	4	8	1	-	6.594
C.C. ANNA RIZZOLA	10	1	-	2	-	3	75	26	216	2.303	198	32	-	7	6	-	4	2	-	-	-	2.885
O.C.L. V.SALUS	13	7	23	6	3	8	22	86	937	107	4.104	1.051	30	116	90	7	2	6	6	-	-	6.624
C.C. S.MARCO	15	11	10	46	8	35	17	109	221	75	3.962	502	23	34	65	17	3	10	2	-	-	5.165
C.C. TRIESTE	6	4	33	38	59	120	5	23	37	10	177	250	62	296	1.054	205	29	14	21	4	5	2.452
C.C. ABANO TERME	95	61	159	99	44	168	95	202	139	101	302	484	182	620	5.564	1.028	183	42	16	37	11	9.532
C.C. CITTA DI ROVIGO	-	1	6	-	9	3	-	-	5	2	8	18	57	12	81	145	1.279	113	27	6	11	1.783
C.C. S.M. MADDALENA	2	2	9	2	4	7	2	5	-	9	17	12	27	19	49	121	1.233	80	18	123	8	1.749
C.C. MADONNA D.SALUTE	1	2	9	12	16	25	3	5	16	5	67	57	701	9	128	70	383	3.337	56	18	30	4.950
C.C. S.FRANCESCO	6	5	18	19	89	42	7	18	14	2	11	8	3	8	20	18	12	3	2.083	251	623	3.260
O.C.L. SACRO CUORE - DON CALABRIA	41	24	129	94	290	252	26	67	85	51	112	45	7	148	169	88	140	37	9.148	1.388	9.345	21.686
C.C. PEDERZOLI	38	8	54	53	181	190	27	31	29	21	57	50	4	58	47	45	82	32	2.476	524	7.985	11.092