

Bur n. 18 del 20/02/2007

Sanità e igiene pubblica

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 4449 del 28 dicembre 2006

Assistenza ospedaliera: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori pubblici e privati pre-accreditati per gli anni 2007–2008–2009.

L'Assessore alle Politiche Sanitarie, Flavio Tosi, riferisce quanto segue :

Ai sensi del Decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e sue successive modifiche ed integrazioni, la Giunta Regionale è chiamata a determinare i principi sull'attività sanitaria ed i criteri di finanziamento al fine di programmare l'erogazione da parte dei soggetti pubblici e privati preaccreditati 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.

Tra gli obiettivi della programmazione regionale, in linea con quella nazionale, vi è l'obiettivo di procedere alla riduzione del Tasso di Ospedalizzazione al fine di raggiungere il valore annuo dei 160 ricoveri per mille abitanti.

Il quadro finanziario di riferimento in cui si trova ad operare l'Amministrazione regionale per l'anno 2007 è caratterizzato:

- dalle regole contenute nel Nuovo Patto Nazionale sulla Salute siglato tra il Governo e le Regioni e Province Autonome in data 5.10.2006 rep. 2648, nel quale le Regioni, a fronte della disponibilità programatoria dello Stato circa lo stanziamento e riparto delle risorse finanziarie, si sono impegnate ad assumere specifici adempimenti e al rispetto di determinati vincoli, primo tra tutti quello di garantire, in sede di programmazione regionale, l'equilibrio economico finanziario del Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso;
- dalle regole contenute nell'Intesa Stato Regioni rep. 2271 del 23.3.2005, confermata e prorogata per il triennio 2007/2009 dal succitato Patto;
- dall'attuale criticità della situazione economico finanziaria complessiva della Regione Veneto, evidenziata dai dati di spesa rilevati nel corso dell'anno 2006.

Il rispetto delle suddette regole comporta che la spesa per l'assistenza ospedaliera sia gestita attraverso un sistema di remunerazione delle prestazioni erogate dai soggetti pubblici e privati preaccreditati che, assicurando la risposta assistenziale nell'ambito dei livelli essenziali previsti, dia certezza del suo contenimento entro l'inderogabile vincolo di bilancio.

Il sistema di determinazione dei volumi di attività di prestazioni di ricovero ha già previsto per ciascuna Azienda pubblica la definizione di un tetto finanziario finalizzato alla remunerazione di alcune prestazioni di ricovero, oggetto di mobilità passiva e attiva. Questo tetto è già stato oggetto di assegnazione negli anni precedenti alle Aziende sanitarie venete quale quota per l'assistenza ospedaliera in sede di riparto delle risorse finanziarie del Servizio Sanitario Regionale.

Poiché la normativa di principio, la programmazione sanitaria regionale e le scelte dell'utenza considerano in modo paritetico anche le strutture private pre-accreditate che nella programmazione a tutti gli effetti sono considerate soggetti sinergici con le strutture pubbliche al perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria nazionale e regionale, già con la DGR n. 2691 del 7.8.2006 la Giunta regionale aveva esteso la

determinazione dei tetti di spesa per gli anni 2006 e 2007 anche ai privati pre-accreditati.

L'esigenza di estendere anche alle strutture private pre-accreditate il predetto meccanismo programmatico si fonda su esigenze di eguaglianza nel trattamento tra aziende pubbliche e strutture private nel comune obiettivo di rispetto del patto di stabilità di cui all'accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005.

La DGR n. 2691/06, i cui contenuti risultano ancora condivisibili, aveva previsto che la Giunta Regionale, al fine di rendere il sistema di governo delle prestazioni di ricovero sempre più coerente con l'equilibrio tra domanda e offerta, si riservava di apportare modifiche al provvedimento, specificatamente in relazione al trattamento delle patologie oncologiche, al trattamento delle patologie in regime di urgenza/emergenza e alla migliore definizione dei flussi di mobilità nelle aree di confine.

Il Commissario Straordinario per la programmazione socio-sanitaria, in attuazione della DGR n. 2691/06, ha istituito un gruppo tecnico di lavoro, costituito da rappresentanti degli erogatori pubblici e privati preaccreditati della Regione Veneto, con il compito di apportare le modifiche di cui sopra alla DGR n. 2691/06 e analizzare il sistema di offerta delle prestazioni di assistenza ospedaliera, proponendo soluzioni organizzative al fine di governare l'offerta di tali prestazioni.

Il gruppo di lavoro ha deciso di non limitarsi solamente agli ambiti previsti dalla DGR n. 2691/06 ma di ampliare la discussione al fine di formulare alcune proposte per il governo dell'attività ospedaliera che indirizzino le Aziende sanitarie verso un ricorso più appropriato al ricovero.

Le conclusioni del gruppo di lavoro suggeriscono la riduzione dei ricoveri effettuati annualmente nella Regione Veneto, tenuto conto del tasso di ospedalizzazione, come primo strumento per pervenire al corretto regime erogativo e alla appropriatezza dei ricoveri.

L'attenzione è stata posta nei riguardi dei ricoveri afferenti ai 52 DRG inclusi nell'allegato 4 della DGR n. 2227 del 9.8.2002, così come modificato dal Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 959 del 3 settembre 2002, considerati DRG 'a rischio di inappropriatezza'.

La riduzione dei ricoveri per tali DRG è ritenuta attuabile in quanto, in molti casi, è possibile realizzare forme di erogazione alternative alla degenza: a tal fine è auspicabile progredire nel percorso tracciato dalla DGR n. 2468/06 e procedere ad identificare, in accordo con le Società Medico-Scientifiche, le attività ad oggi erogate in regime di ricovero che possono essere erogate anche in regime ambulatoriale, mantenendo i medesimi criteri di sicurezza per il paziente.

Il modello di regolazione dei volumi di attività non si limita ad un intervento di riduzione della spesa sanitaria, ma imposta in modo organico un metodo per favorire il governo della ospedalizzazione e della spesa sanitaria in quanto:

- ◆ realizza la programmazione dell'offerta sanitaria con la possibilità di definire con tutti i produttori –pubblici e privati– le prestazioni da assicurare alla popolazione nell'ambito delle specialità presenti, organizzando ed equilibrando così l'offerta complessiva;
- ◆ favorisce criteri di area vasta in ambito ospedaliero, facilitando le collaborazioni professionali e gli scambi anche di personale;
- ◆ contribuisce al governo della spesa in quanto permette di impostare la riduzione dei costi con l'assegnazione ai Direttori Generali dell'obiettivo di rientro nel tasso di ospedalizzazione con la contestuale graduale riduzione o revisione dei costi strutturali attraverso azioni scelte dalle singole realtà aziendali.
- ◆ costituisce la base per ulteriori azioni strutturali che consentano una reale riduzione nel consumo delle risorse

Pertanto, le modifiche indicate nella DGR n. 2691/06 sono state considerate parte di un disegno complessivo di razionalizzazione del sistema erogativo delle prestazioni di ricovero.

Per gli erogatori pubblici e privati preaccreditati la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa va messa in relazione con il tasso di ospedalizzazione, riscontrato nell'anno 2005 nella propria Azienda ULSS ed in quelle della provincia in cui opera.

Al fine di favorire la comparabilità dei tassi di ospedalizzazione di Aziende ULSS diverse per struttura della popolazione, i tassi sono stati calcolati e rappresentati sotto forma di tassi standardizzati per età. La popolazione di riferimento utilizzata per la standardizzazione è stata quella del riparto delle risorse destinate annualmente all'assistenza socio-sanitaria del Veneto, così come comunicata dai Direttori Generali della Aziende ULSS, disponibile ed aggiornata al 31 dicembre di ciascun anno solare. Tale popolazione è suddivisa nelle seguenti fasce d'età : 'fino ad un anno', 'da 1 a 5 anni', 'da 6 a 44 anni', 'da 45 a 64 anni', 'da 65 a 74 anni', ed 'oltre 75 anni'. I tassi sono stati standardizzati con il metodo "diretto", cioè moltiplicando i tassi specifici secondo l'età per il peso che il gruppo di popolazione corrispondente ha nella popolazione di riferimento (riparto) (media ponderata dei tassi specifici di ospedalizzazione per età). In tal modo, i tassi di ospedalizzazione di Aziende ULSS diverse non sono influenzati dalla diversa composizione per gruppi di età.

Stabilito che l'obiettivo è il tasso di ospedalizzazione standardizzato del 160 per mille da raggiungere entro l'anno 2009, ciascun erogatore pubblico e privato preaccreditato deve concorrere al raggiungimento di tale valore, mediante la riduzione dei ricoveri che produce per i residenti nella propria Azienda ULSS e nelle altre Aziende ULSS della provincia. Il tetto massimo di ricoveri per i cittadini residenti in una Azienda ULSS che nel 2005 abbia già conseguito un tasso di ospedalizzazione pari o inferiore al 160 per mille rimane invariato rispetto all'anno 2005.

Per i ricoveri di pazienti residenti in altre Aziende ULSS di provincia diversa, stante la esiguità del numero, il tetto di attività è rappresentato dal numero globale di ricoveri effettuati nel 2005. Dal presente provvedimento si intendono esclusi i ricoveri dei pazienti residenti in Veneto effettuati in altre regioni italiane così come i ricoveri dei cittadini residenti extra regione.

La riduzione dei ricoveri in eccesso rispetto al tasso standardizzato del 160 per mille deve avvenire in modo proporzionale alla quota percentuale di ricoveri erogati per pazienti residenti nella propria Azienda ULSS e nelle Aziende ULSS della provincia di appartenenza. Nell'**Allegato A**, che forma parte integrante del presente provvedimento, è riportata l'analisi effettuata per ciascuna Azienda ULSS di residenza: a partire dal tasso di ospedalizzazione registrato nel 2005, fornito dal Centro di Riferimento per il Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale (CRRC-SER), si è determinato il numero di ricoveri da ridurre, in modo proporzionale per gli erogatori pubblici e privati.

Tale riduzione dovrà avvenire secondo la seguente scala di priorità:

- ◆ DRG medici di cui all'allegato 4 della DGR n. 2227 del 9.8.2002, così come modificato dal Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 959 del 3 settembre 2002 (DRG medici 'a rischio di inappropriately');
- ◆ DRG di bassa complessità ai sensi della DGR n. 2691 del 7.8.2006.;
- ◆ DRG chirurgici di cui all'allegato 4 della DGR n. 2227 del 9.8.2002, così come modificato dal Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 959 del 3 settembre 2002 (DRG chirurgici 'a rischio di inappropriately');

Gli erogatori pubblici e privati preaccreditati operanti nella stessa provincia dovranno presentare un piano congiunto di riduzione dei ricoveri, secondo gli allegati alla presente delibera, che verrà valutato ed approvato con nota dalla Segreteria Regionale Sanità e Sociale. Tale piano, fermo restando l'obiettivo del raggiungimento del tasso di ospedalizzazione standardizzato del 160 per mille entro l'anno 2009, deve definire le modalità di riduzione programmata dei ricoveri, così come stabiliti dagli allegati al presente provvedimento, e una definizione delle attività, al fine di effettuare una adeguata programmazione dell'offerta ai cittadini, favorendo un governo efficace ed integrato dell'assistenza erogata. Sarà oggetto di specifica valutazione, ai sensi del punto 10 della DGR n. 2686 del 7.8.2006, la capacità dei Direttori Generali di sviluppare e realizzare tale tipo di programmazione. Qualora entro il 28 febbraio di ogni anno non siano pervenuti i piani congiunti di rientro dei ricoveri, saranno effettive le riduzioni dei ricoveri previste, per ogni singolo erogatore, dagli allegati alla presente deliberazione.

EROGATORI PUBBLICI

Nell'Allegato B, che forma parte integrante del presente provvedimento, è riportato, per ciascuna Azienda ULSS ed Ospedaliera e per l'Istituto Oncologico Veneto, il numero dei ricoveri da ridurre al fine del raggiungimento del tasso di ospedalizzazione standardizzato del 160 per mille nella propria Azienda ULSS e nelle altre Aziende della provincia di appartenenza. La riduzione del numero di ricoveri deve realizzarsi nell'arco temporale del triennio 2007–2009 prevedendo per ciascun anno un calo pari ad un terzo del totale.

Per singolo anno, la mancata riduzione dei ricoveri rispetto a quanto riportato nell'**Allegato B**, e quindi un eccesso di ricoveri rispetto al tetto stabilito, non sarà remunerata e la relativa quota finanziaria non dovrà essere corrisposta alla Azienda ULSS o Ospedaliera o all'Istituto Oncologico Veneto, secondo la seguente procedura:

- ◆ se il numero dei ricoveri eccedenti il tetto annuale prefissato è minore del numero dei ricoveri con DRG medici 'a rischio di inappropriatazza' effettuati nello stesso anno, la valorizzazione si effettua secondo il valore medio dei DRG medici 'a rischio di inappropriatazza' registrato per gli erogatori pubblici nel 2005, di cui **Allegato C** che forma parte integrante del presente provvedimento;
- ◆ se il numero dei ricoveri eccedenti il tetto annuale prefissato è maggiore del numero dei ricoveri con DRG medici 'a rischio di inappropriatazza' effettuati nello stesso anno, la valorizzazione si effettua, sino al concorrimto del numero, secondo il valore medio dei DRG medici 'a rischio di inappropriatazza' registrato nel 2005 e successivamente secondo il valore medio dei DRG di bassa complessità ai sensi della DGR n. 2691/06 (**Allegato C**);

In caso di mancata riduzione dei ricoveri per i propri residenti nelle strutture collocate all'interno dell'Azienda ULSS, l'importo dei ricoveri eccedenti sarà detratto, secondo il meccanismo di cui sopra, dal riparto delle risorse finanziarie previste per l'anno successivo. La Direzione Regionale per le Risorse socio sanitarie effettuerà i necessari assestamenti contabili.

EROGATORI PRIVATI PREACCREDITATI

La determinazione dei volumi di attività ospedaliera e dei tetti di spesa degli erogatori privati preaccreditati per il triennio 2007–2008–2009, è frutto di un accordo, perfezionato in successivi incontri, con le Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative degli erogatori privati preaccreditati; secondo tale accordo, il budget finanziario rimane invariato per tutto il triennio 2007–2009 ed è finalizzato, mediante la riduzione dei ricoveri da parte di ciascun erogatore privato preaccreditato, al raggiungimento entro l'anno 2009 del tasso di ospedalizzazione standardizzato pari al 160 per mille nel Veneto.

Gli erogatori privati preaccreditati potranno modificare la produzione complessivamente erogata anche incentivando il passaggio al regime ambulatoriale delle prestazioni previste dalla DGR n. 2468/06.

La Segreteria Sanità e Sociale in collaborazione con l'Agenzia Regionale Socio Sanitaria istituirà un gruppo di lavoro pubblico/privato che procederà ad identificare le attività ad oggi erogate in regime di ricovero che possono essere erogate anche in regime ambulatoriale, mantenendo i medesimi criteri di sicurezza per il paziente. Le conclusioni di tale lavoro saranno la base di un successivo provvedimento.

1) budget finanziario per gli erogatori privati preaccreditati per il triennio 2007–2009

Il budget finanziario fissato per ciascun anno del triennio 2007–2008–2009 per ogni soggetto privato preaccreditato è dato dalla somma:

- ◆ dell'importo fatturato al lordo della regressione per l'anno 2005 per la remunerazione dei ricoveri effettuati a favore di cittadini residenti nella Regione Veneto, compresi i ricoveri effettuati nei reparti di riabilitazione/lungodegenza (codici 56 e 60), psichiatria (codice 40), unità spinale (codice 28) e neuroriabilitazione (codice 75);
- ◆ del finanziamento a funzione erogato per l'anno 2005 di cui alla DGR n. 3791 del 6.12.2005;

- ◆ dell'incremento finanziario del 3 per cento previsto dalla DGR n. 4301 del 29.12.2004.

Dalla somma sopra definita dovranno essere detratti gli importi relativi ai ricoveri effettuati nell'anno 2005 per i DRG 6, 39 e 119 contenenti, in uno qualsiasi dei campi prestazioni, rispettivamente le prestazioni cod. HIA 04.43, HIA 13.71, HIA 38.59, oltre la percentuale soglia prevista dalla DGR n. 2468/06 per l'attività di ricovero, ordinaria e diurna, valorizzati alla vigente tariffa ambulatoriale. Gli importi di cui sopra saranno detratti per ogni erogatore privato preaccreditato dal budget assegnato per l'assistenza ospedaliera e sommati al budget assegnato per le relative branche specialistiche ambulatoriali. Per tali prestazioni viene costituito un apposito fondo di riferimento. Tale criterio verrà assunto, di esercizio in esercizio, nell'arco del triennio, per la detrazione degli importi relativi alle prestazioni di ricovero che si intendessero ricondurre anche al regime ambulatoriale, ma sempre erogate in ambito ospedaliero. Allo scopo sarà costituito un comitato tecnico con la partecipazione delle Associazioni maggiormente rappresentative degli erogatori preaccreditati dell'ospedalità privata.

Il valore finanziario ottenuto come sopra costituisce il 'budget annuale' valido per il triennio 2007–2009.

Il supero del 'budget annuale' comporta la regressione degli importi finanziari relativi alla attività effettuata in eccedenza.

In considerazione dell'impianto globale del presente provvedimento, teso alla riduzione dei ricoveri 'a rischio di inappropriatazza' ed al perseguimento del tasso di ospedalizzazione ottimale del 160 per mille, la regressione sarà effettuata in relazione al tasso di ospedalizzazione registrato nelle singole Aziende ULSS di residenza dell'assistito, secondo il seguente schema:

tasso di ospedalizzazione regressione

compreso tra 161 e 170	65 %
compreso tra 171 e 180	75 %
superiore a 180	85 %

Sarà cura del Centro di Riferimento per il Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale (CRRC–SER) certificare per ciascun anno il tasso di ospedalizzazione registrato nelle singole Aziende ULSS. L'effettiva erogazione degli importi relativi all'attività che ha determinato il supero del budget annuale, avverrà, con la regressione prevista, solamente dopo che il CRRC–SER avrà certificato il tasso di ospedalizzazione standardizzato per singola ULSS relativo all'anno di riferimento.

A ciascun erogatore privato preaccreditato viene inoltre riconosciuto per l'anno 2007 un incremento finanziario dell'otto per cento, calcolato sul valore finanziario del 'budget annuale', da erogarsi in dodici rate mensili salvo conguaglio, giustificato dal pregresso aumento del tre per cento delle tariffe in vigore nell'anno 2005 applicato in base alle DGR n. 69 del 17.1.2006 e n. 916 del 28.3.2006, all'incremento finanziario del due per cento già concesso in base alla DGR n. 69 del 17.01.2006 ed all'incremento percentuale definito in sede di riparto delle risorse da destinare alle Regioni ad opera del Ministero dell'Economia e Finanza. A tale incremento finanziario si somma nell'anno 2008 un incremento finanziario del 3,17% calcolato sulla somma data dal 'budget annuale' più l'incremento finanziario dell'anno 2007; a tali incrementi finanziari si somma nell'anno 2009 l'incremento finanziario del 3,23%, calcolato sulla somma data dal 'budget annuale' più gli incrementi finanziari degli anni 2007 e 2008. Questi ultimi incrementi sono giustificati anch'essi dall'adeguamento dell'attività erogata agli indici di inflazione reale, definiti in sede di riparto delle risorse da destinare alle Regioni ad opera del Ministero dell'Economia e Finanza. Tali incrementi, che non costituiscono budget, verranno corrisposti esclusivamente nel caso in cui l'erogatore privato preaccreditato abbia ridotto, nel triennio 2007–2009, il numero dei ricoveri effettuati per i pazienti residenti nelle Aziende ULSS della provincia in cui opera per un valore annuo pari o superiore a quello previsto nell'**Allegato D**, che forma parte integrante del presente provvedimento.

Nel computo delle riduzioni non si considerano gli erogatori privati che in prevalenza (più del 51% del fatturato) erogano attività di terapia psichiatrica, recupero e riabilitazione funzionale, unità spinale e neuroriabilitazione.

La riduzione dei ricoveri prevista per l'Ospedale Classificato De Gironcoli, di recente acquisito dall'Azienda ULSS 7 di Pieve di Soligo, dovrà essere effettuata da quest'ultima.

Qualora, in conseguenza della riduzione dei ricoveri, un erogatore privato preaccreditato non raggiunga il budget finanziario previsto, la quota finanziaria mancante sarà comunque garantita, in aggiunta al budget delle prestazioni ambulatoriali previsto per l'anno successivo e finalizzata alla riduzione delle liste d'attesa.

2) modalità di riduzione dei ricoveri finalizzata al raggiungimento del tasso di ospedalizzazione standardizzato del 160 per mille

Nell'Allegato D è riportato, per ciascun erogatore privato preaccreditato, il numero dei ricoveri da ridurre al fine del raggiungimento del tasso di ospedalizzazione standardizzato del 160 per mille nella Azienda ULSS in cui opera e nelle altre Aziende della provincia di appartenenza. La riduzione dei ricoveri deve realizzarsi nell'arco temporale del triennio 2007–2009, prevedendo per ciascun anno un calo pari ad un terzo del totale.

Stante l'elevato tasso di ospedalizzazione registrato in alcune Aziende ULSS, che difficilmente può essere ridotto al 160 per mille nell'arco di un triennio senza modificare strutturalmente i livelli di offerta delle prestazioni di ricovero, la riduzione dei ricoveri prevista **dall'Allegato D** sarà attuata nell'arco temporale di sei anni a partire dall'anno 2007 per gli erogatori privati ubicati nelle Aziende ULSS 19 e 22, che nell'anno 2005 hanno registrato un tasso di ospedalizzazione superiore al 200 per mille, e nell'arco temporale di quattro anni a partire dall'anno 2007 per gli erogatori privati ubicati nella Azienda ULSS 20, che nell'anno 2005 ha registrato un tasso di ospedalizzazione superiore al 190 per mille; rimane inteso che gli incrementi finanziari, nella misura di cui sopra, saranno sempre corrisposti nell'arco del triennio 2007–2009.

Per i ricoveri di pazienti residenti in altre Aziende ULSS non provinciali, stante la esiguità del numero, il tetto di attività è rappresentato dal numero di ricoveri effettuati nel 2005. Il tetto dei ricoveri extra provincia può essere superato a fronte di un accordo con i Direttori Generali delle singole ULSS di altre province, che preveda comunque la realizzazione di un volume complessivo di ricoveri corrispondente al raggiungimento del tasso di ospedalizzazione standardizzato pari a 160 per mille. Tali accordi dovranno essere notificati all'Azienda ULSS sede dell'erogatore privato.

Al termine di ogni anno, le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative saranno convocate per una verifica dell'andamento del modello proposto con la presente delibera o per ogni altra problematica sollevata dalle parti.

Allo scopo di garantire la continuità assistenziale, è necessario che ciascun erogatore effettui una adeguata programmazione della propria offerta di servizi a carico del Servizio Sanitario Regionale. Pertanto, i Direttori Generali, una volta notificato il presente provvedimento, metteranno in atto le misure necessarie affinché l'offerta di prestazioni ospedaliere avvenga in maniera continuativa senza interruzioni di erogazione dei servizi, e nel rispetto degli adempimenti previsti dalla DGR n. 2066 del 27.06.2006 in materia di contenimento delle liste d'attesa dei ricoveri programmabili.

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 legislazione regionale e statale;

VISTA la DGR n. 2691 del 7.8.2006;

VISTA la DGR n. 2227 del 9.8.2002;

VISTO il Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 959 del 3.9.2002;

VISTA la DGR n. 3223 dell'8.11.2002;

VISTA la DGR n. 4090 del 30.12.2003;

VISTA la DGR n. 4301 del 29.12.2004;

VISTA la DGR n. 3791 del 6.12.2005;

VISTA la DGR n. 2066 del 27.06.2006;

VISTA la DGR n. 2686 del 7.8.2006;

VISTA la DGR n. 69 del 17.1.2006;

VISTA la DGR n. 916 del 28.3.2006.

delibera

- 1) di adottare il modello di regolazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa valido per il triennio 2007–2009 così come descritto e secondo le modalità riportate in premessa;
- 2) di approvare, per il triennio 2007–2008–2009, per gli erogatori pubblici e privati preaccreditati, gli **Allegati A, B, C e D**, descritti in premessa, che formano parte integrante del presente provvedimento;
- 3) di stabilire che il tasso di ospedalizzazione standardizzato del 160 per mille è l'obiettivo da raggiungere entro l'anno 2009 e pertanto ciascun erogatore pubblico e privato preaccreditato deve concorrere al raggiungimento di tale valore, mediante la riduzione dei ricoveri che produce per i residenti nella propria Azienda ULSS e nelle altre Aziende ULSS della provincia;
- 4) di stabilire che gli erogatori pubblici e privati preaccreditati operanti nella stessa provincia dovranno presentare un piano congiunto di riduzione dei ricoveri al tasso ottimale del 160 per mille;
- 5) di stabilire che il piano di cui al punto 4) verrà valutato ed approvato con nota dalla Segreteria Regionale Sanità e Sociale;
- 6) di stabilire che se entro il 28 febbraio di ogni anno non pervengano i piani congiunti di riduzione dei ricoveri, saranno effettive le riduzioni dei ricoveri previste, per ogni singolo erogatore, dagli allegati di cui al punto 2);
- 7) di stabilire che sarà oggetto di specifica valutazione la capacità dei Direttori Generali di sviluppare e realizzare i piani congiunti di riduzione dei ricoveri, ai sensi del punto 10 della DGR n. 2686 del 7.8.2006;
- 8) di incaricare la Segreteria Sanità e Sociale, in collaborazione con l'Agenzia Regionale Socio Sanitaria, alla istituzione di un gruppo di lavoro pubblico/privato che proceda ad identificare le attività ad oggi erogate in regime di ricovero che possono essere erogate anche in regime

ambulatoriale, mantenendo i medesimi criteri di sicurezza per il paziente;

9) di modificare contestualmente la DGR n. 2691 del 7.8.2006 nelle parti di interesse.