

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 925 del 05 luglio 2021

Erogatori ospedalieri privati accreditati: criteri e determinazione dei tetti di spesa per il triennio 2021-2023 per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini sia residenti nel Veneto che non residenti nel Veneto.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:
Vengono determinati i tetti di spesa erogatori ospedalieri privati accreditati per gli anni 2021, 2022 e 2023.

L'Assessore Manuela Lanzarin 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, comprese nei livelli essenziali di assistenza, sia in regime di ricovero ospedaliero che ambulatoriale, 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 medesime.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture ospedaliere private accreditate (di seguito denominate erogatori privati), prima di entrare nel merito della individuazione dei criteri per la determinazione ed assegnazione delle risorse (tetto di spesa), corre l'obbligo di evidenziare la cornice entro la quale l'Amministrazione regionale si trova ad operare.

Il quadro normativo nazionale di riferimento è caratterizzato dalle varie disposizioni succedutesi negli ultimi anni, anche in merito alla stabilizzazione della finanza pubblica; in particolare si menzionano:

- il decreto legge 25 giugno 2008, n. 112 "Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria", convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, l. 6 agosto 2008, n. 133;
- il decreto legge 6 luglio 2011, n. 98 "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria", convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, l. 15 luglio 2011, n. 111;
- il decreto legge 13 agosto 2011, n. 138 "Ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo", convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, l. 14 settembre 2011, n. 148;
- la legge 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge di stabilità 2016);
- il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario", convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, l. 7 agosto 2012, n. 135 ed in particolare l'art 15, comma 14, così come modificato, per la rideterminazione del limite di spesa di cui al primo periodo del citato comma, a decorrere dall'anno 2020, dall'art. 45, comma 1-ter, del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124, convertito in legge, con modificazioni, dalla l. 19 dicembre 2019, n. 157;
- il decreto legge 19 giugno 2015, n. 78 "Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali", convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, l. 6 agosto 2015, n. 125;
- il "Nuovo patto della salute per gli anni 2014-2016" (atto rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014);
- il "Nuovo patto della salute per gli anni 2019-2021" (atto rep. n. 209/CSR del 18 dicembre 2019);
- l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente la manovra sul settore sanitario (atto rep. n. 113/CSR del 2 luglio 2015);
- il decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

- il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

Come peraltro già evidenziato con i precedenti atti giuntali in materia di determinazione dei tetti di spesa e dei volumi di attività degli erogatori privati accreditati (dgr n. 832 del 15 maggio 2012, dgr n. 2621 del 18 dicembre 2012, dgr n. 2170 del 8 novembre 2014 e dgr n. 597 del 28 aprile 2017 e s.m.i.), nel dare applicazione alle disposizioni normative succitate, l'Amministrazione regionale non può prescindere dal temperare le proprie scelte in materia di definizione dei servizi sanitari con le effettive disponibilità finanziarie. A tale riguardo, dunque, al fine di continuare a garantire l'obbligatorio mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario in sede di programmazione sanitaria, appare necessario proseguire nelle azioni per garantire da una parte l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e dall'altra l'efficientamento nell'uso delle risorse pubbliche.

E' ragionevole operare il necessario raccordo tra l'imprescindibile tutela del diritto alla salute e l'esigenza di razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria, posto che la Corte costituzionale ricorda che il diritto alla salute è un diritto finanziariamente condizionato. Tutto ciò in considerazione della circostanza che il bilanciamento tra interessi pubblici e interessi privati - nel caso *de quo*, dei privati accreditati - non solo deve essere coerente con le contingenze esterne quali l'andamento dei cicli economici, il reperimento di risorse tributarie e finanziarie provenienti dai contribuenti e dai mercati, le dinamiche inflattive conseguenti a variazioni dei costi delle materie prime ed incidenti sulle spese per beni e servizi, ma deve anche consentire, come evidenziato dalla giurisprudenza, di non penalizzare il perseguimento dei supremi interessi collettivi e pubblici subordinandoli e condizionandoli *tout court* a senz'altro meritevoli ma assiologicamente cedevoli interessi di parte privata, valutati a seguito di una congrua istruttoria e di una adeguata esplicitazione degli esiti della stessa.

Il quadro di riferimento regionale entro cui il presente provvedimento si colloca è costituito da:

- il Piano Regionale Socio Sanitario 2019-2023, approvato con l.r. n. 48/2018;
- la dgr n. 614 del 14 maggio 2019 - di approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, compresi gli erogatori ospedalieri privati accreditati - che è mirata a rendere il sistema più coerente ai cambiamenti socio-epidemiologici, ad innovare i modelli organizzativi sulla scorta delle migliori pratiche realizzate negli anni, a garantire una più equa distribuzione delle risorse e ad adottare più efficienti modelli gestionali;
- la dgr n. 1164 del 6 agosto 2019 "Adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) a seguito del recepimento dell'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021 con DGR del 23 aprile 2019 n. 479. Deliberazione n. 69/CR del 28 giugno 2019";
- la determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento di servizi assegnati annualmente alle Aziende sanitarie pubbliche con appositi atti giuntali (per ultimo la DGR n. 1406 del 16 settembre 2020) che trovano la loro coerenza nella necessità di ottimizzare l'utilizzo delle risorse impiegate quale fattore determinante per la sostenibilità del sistema sanitario;
- il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie ivi compresa la riduzione dei ricoveri consentita dalla possibilità di soddisfare i bisogni di salute dei cittadini attraverso forme assistenziali alternative più appropriate (dgr n. 859 del 21 giugno 2011 e s.m.i.);
- il sistema di tariffazione e di remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero (dgr n. 1805 del 8 novembre 2011 e s.m.i., per ultima la dgr n. 426 del 6 aprile 2021);
- il sistema di tariffazione e di remunerazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di cui al decreto del Segretario Regionale Sanità e Sociale (ora Direttore Generale Area Sanità e Sociale) n. 47 del 22 maggio 2013 e s.m.i.;
- il rilevante cambiamento organizzativo che, a partire dal 1° gennaio 2017, è stato introdotto a seguito dell'approvazione della legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19 con l'istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero" e la definizione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende Ulss con la costituzione di n. 9 Aziende Ulss al posto delle precedenti 21;
- l'art. 38 della legge regionale 30 dicembre 2016, n. 30 (Interventi per il governo delle liste d'attesa);
- i provvedimenti attuativi della legge regionale 16 agosto 2002, n. 22, in materia di accreditamento delle strutture sanitarie.

La Giunta Regionale, quindi, all'interno della cornice normativa sopra delineata e coerentemente con l'obiettivo di perseguire gli standard di efficienza, efficacia, qualità dei servizi e di sostenibilità del sistema, intende proseguire nelle azioni mirate a:

- ottimizzare la spesa sanitaria;
- aumentare la capacità produttiva attraverso l'efficientamento nell'uso delle risorse pubbliche;
- consolidare il modello di rete ospedaliera denominato "*hub and spoke*" definito dalla programmazione regionale;
- sviluppare ulteriormente il modello delle reti cliniche assistenziali;

- garantire il rispetto del parametro, stabilito dal PSSR 2019-2023, di 3,0 posti letto per acuti per mille abitanti e di 0,5 posti letto per riabilitazione e lungodegenza per mille abitanti;
- 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 del paziente e degli operatori;
- garantire il rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, di cui al d.m. n. 70/2015, ivi compresi i parametri relativi a volumi, qualità ed esiti del Piano Nazionale Esiti;
- ottimizzare il numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali per abitante per garantire il soddisfacimento del fabbisogno.

Per quanto sopra esposto, il sistema di determinazione dei tetti di spesa degli erogatori ospedalieri privati accreditati, di cui alla dgr n. 614/2019, oggetto del presente provvedimento, in coerenza con le politiche regionali orientate al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione amministrativa, deve, pertanto, continuare a fondarsi sui seguenti criteri, già esplicitati con i precedenti atti giuntali in materia:

- l'obbligatorietà da parte dei presidi ospedalieri di garantire i servizi sanitari necessari alla cittadinanza prescindendo dalla remuneratività del servizio svolto;
- la necessità, sussidiaria al principio sopra esposto, che tutti gli erogatori concorrano all'ottimizzazione dell'offerta complessiva dell'Azienda Ulss nella quale insistono, e delle altre Aziende Ulss, orientando la propria attività in relazione agli indirizzi della programmazione regionale e locale e agli effettivi bisogni dei cittadini, nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per le diverse classi di priorità delle prestazioni, in applicazione del principio solidaristico di cui all'art. 2 Cost.;
- la determinazione dei tetti di spesa entro un ammontare predefinito che consenta di non superare il limite massimo di spesa programmato e sostenibile per l'assistenza sanitaria;
- il rispetto degli obblighi assunti, da ultimo, con il Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014/2016 e con il Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2019-2021;
- l'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate dal sistema sanitario, intesa sia qualitativamente che quantitativamente ed in relazione all'uso economico ed efficiente di tutte le risorse;
- il rispetto dell'equilibrio di bilancio e del contenimento della spesa pubblica, anche alla luce della rideterminazione delle risorse economiche disponibili che richiede di utilizzare al meglio le potenzialità delle strutture pubbliche, per garantire massimo rendimento ed efficienza a fronte di investimenti effettuati in termini finanziari ed organizzativi, rivedendo pertanto, in ossequio alle precitate ragioni di finanza pubblica e al principio solidaristico, l'offerta complessiva delle prestazioni offerte dai soggetti privati.

Inoltre, la determinazione dei tetti di spesa risulta coerente con quanto disposto dalla legge di stabilità (legge n. 208/2015) che, modificando il comma 14 dell'art. 15 del decreto legge n. 95/2012, ha introdotto degli elementi di flessibilità per la definizione degli stessi nei confronti dei soggetti privati accreditati per l'assistenza ospedaliera e per l'assistenza ambulatoriale in quanto si garantisce che all'interno dell'intero sistema dell'acquisto di prestazioni sanitarie da parte dei soggetti privati accreditati, ospedalieri e non, sia mantenuto l'equilibrio economico-finanziario complessivo, come peraltro indicato anche nella nota del Ministro della Salute prot. n. 6090 del 6 giugno 2016 (agli atti della Direzione Programmazione Sanitaria - LEA). Risulta, altresì coerente con quanto disposto dall'art. 45, comma 1-ter, del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124, che stabilisce che a decorrere dall'anno 2020, il limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto legge n. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, sia rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale.

D'altro canto nella determinazione dei tetti di spesa la Regione conserva il potere di stabilire quali sono le prestazioni sanitarie, sia di assistenza ospedaliera che di assistenza specialistica ambulatoriale, sulle quali incidere riducendole nel rispetto delle misure previste per il contenimento della spesa (sentenza n. 203 del 15 giugno 2016 della Corte Costituzionale).

Merita evidenziare che sull'ultimo bilancio consolidato del Servizio Socio Sanitario regionale per l'anno 2019, approvato dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 1002 del 12 luglio 2019, il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, di cui all'art. 12 dell'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, ha verificato la sussistenza dell'equilibrio economico-finanziario (articolo 1, comma 174 della Legge n. 311/2004 e s.m.i.). Giova, altresì, evidenziare che il citato Tavolo - nella riunione del 22.09.2020 -, sulla base della documentazione prodotta dall'Amministrazione regionale, ha ritenuto rispettata l'applicazione del Decreto Legge n. 95/2012 per l'anno 2019 relativamente all'acquisto di prestazioni sanitarie (sia assistenza ospedaliera che specialistica ambulatoriale) dagli erogatori privati accreditati. Anche Azienda Zero, con nota acquisita agli atti con. prot. n. 386044 del 21 settembre 2020, ha positivamente verificato il rispetto del vincolo ex art. 15, comma 14, d.l. n. 95/2012 per la previsione dell'esercizio 2020.

Infine, con tale sistema, si intende continuare a dare, nella massima trasparenza, certezza preventiva di tutte le risorse massime assegnate agli erogatori privati e conseguentemente certezza di spesa massima da parte delle Aziende Ulss e da parte dell'Amministrazione regionale e si intende fornire la cornice entro la quale procedere per la definizione degli accordi

contrattuali di cui all'art. 17, comma 3, della legge regionale 16 agosto 2002, n. 22.

Come già previsto a partire dalla dgr n. 832/2012 e nel rispetto del contenuto delle schede di dotazione ospedaliera di cui alla dgr n. 614/2019, con il presente atto si intende disciplinare congiuntamente sia l'assistenza ospedaliera che quella specialistica ambulatoriale erogata dagli erogatori ospedalieri privati accreditati. La motivazione di tale scelta risiedeva e risiede non solo in una esigenza di semplificazione e di controllo della spesa sanitaria ma anche nel fatto che entrambe le forme assistenziali vengono effettuate dai medesimi soggetti - erogatori ospedalieri privati accreditati. Oltre a ciò si deve aggiungere che le scelte di politica sanitaria regionale rivolte a migliorare l'appropriatezza e l'efficienza delle prestazioni hanno dato e danno la possibilità agli erogatori di differenziare, nel rispetto della sicurezza del paziente e degli operatori, le modalità di erogazione delle prestazioni stesse. I nuovi schemi organizzativi, unitamente al progresso scientifico e tecnologico, conducono, infatti, allo sviluppo ed all'incremento dell'erogazione delle prestazioni nell'ambito ambulatoriale ed a un decremento dell'attività svolta in regime di ricovero da riservare, quest'ultima, ai pazienti c.d. "acuti", cioè con particolari complessità.

I tetti di spesa proposti con il presente atto sono coerenti con i principi ed i criteri stabiliti dal PSSR 2019-2023 e garantiscono il mantenimento del raggiungimento degli obiettivi posti dallo stesso.

Si ritiene, inoltre, che per garantire la certezza preventiva di spesa come sopra accennato e in continuità con il sistema precedente, quanto disposto dal presente atto in materia di tetti di spesa abbia una validità triennale (2021-2023).

Pertanto, i tetti di spesa annuali, individuati per ciascun erogatore privato, sono costituiti dagli importi indicati negli **Allegati A e B**, parti integranti del presente provvedimento. Per ciascun erogatore privato nell'**Allegato A** viene individuato il tetto finanziario annuale per l'assistenza ospedaliera nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto; nell'**Allegato B** viene individuato il tetto finanziario annuale per l'assistenza ambulatoriale, che comprende anche le prestazioni erogate nel regime di Day Service ambulatoriale, nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto, per le macroaree di "laboratorio", "FKT" (medicina fisica e riabilitazione), "radiologia" ed "altro". I tetti di spesa di cui agli **Allegati A e B** rappresentano i tetti finanziari massimi attribuiti e non superabili. Pertanto le prestazioni erogate in supero ai tetti di spesa non saranno remunerate.

Per la determinazione dei tetti di spesa si è ritenuto opportuno prendere in considerazione i dati di attività relativi all'anno 2019 in quanto, come ben noto, l'anno 2020 è stato caratterizzato dall'emergenza pandemica causata dal Covid-19. Tale scelta è stata ampiamente condivisa dalle Associazioni di categoria AIOP ed ARIS con le quali gli stessi dati sono stati oggetto di positivo riscontro.

Inoltre, per quanto riguarda i tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera, si è tenuto conto di quanto disposto dalla Giunta Regionale, con la dgr n. 426 del 6 aprile 2021, cui si rinvia, con la quale sono state modificate le tariffe di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui alla dgr n. 1805/2011 e s.m.i., erogate dalle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate.

Elemento innovativo è rappresentato dalla assegnazione ad Azienda Zero di un finanziamento dedicato alla remunerazione dell'attività degli erogatori privati, nel rispetto del limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto legge n. 95/2012, pari complessivamente ad euro 32.000.000,00, per ciascun anno del triennio di riferimento del presente atto.

Tale finanziamento è vincolato alle seguenti finalità:

- recupero delle prestazioni non erogate a causa dell'emergenza pandemica nei confronti di cittadini residenti nel Veneto (c.d. recupero delle liste di attesa)
- recupero della mobilità passiva (c.d. fughe di pazienti verso altre Regioni) per le prestazioni di ricovero ospedaliero di riabilitazione
- garanzia dell'erogazione delle prestazioni di radioterapia nei confronti sia di cittadini residenti nel Veneto che non residenti nel Veneto.

Per quanto riguarda il recupero delle prestazioni, sia di ricovero che di specialistica ambulatoriale, non erogate a causa dell'emergenza pandemica, al fine di pervenire, nel più breve tempo possibile, all'erogazione delle stesse, si è ritenuto di prevedere che la remunerazione di tali prestazioni, se appropriate, possa avvenire tramite il citato finanziamento assegnato ad Azienda Zero, fino all'importo massimo pari a euro 10.000.000. A tale scopo l'Azienda Ulss di ubicazione territoriale dovrà presentare, entro il mese di settembre, un apposito progetto che sarà oggetto di valutazione ed approvazione da parte dell'Area Sanità e Sociale. Tale progetto, che dovrà prevedere una percentuale di sconto sulla tariffa vigente della prestazione non inferiore al 13%, dovrà tenere in debita considerazione le azioni aziendali già poste in essere o programmate a seguito dell'approvazione del Piano Operativo Regionale per il recupero delle prestazioni non erogate di cui alla recente dgr n. 759 del 15 giugno 2021.

Per quanto riguarda l'attività di ricovero ospedaliero di riabilitazione, considerato che la dgr n. 614/2019 ha posto particolare attenzione a tale attività in quanto, insieme all'attività ospedaliera della specialità di ortopedia, risulta essere oggetto di mobilità

passiva (c.d. "fuga di pazienti" verso altre Regioni) si è ritenuto di prevedere che la remunerazione della stessa, finalizzata al recupero della mobilità passiva e fino ad un massimo complessivo di euro 6.300.000,00, possa avvenire tramite il finanziamento assegnato ad Azienda Zero. Si rappresenta che l'importo pari ad euro 6.300.000 è stato calcolato con le medesime modalità di cui alla dgr n. n. 1772 del 22 dicembre 2020, cui si fa rinvio, e tale finanziamento si riferisce agli erogatori privati nei confronti dei quali la dgr n. 614/2019 ha previsto un incremento dei posti letto di "Recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56)", rispetto a quelli indicati nelle precedenti schede di dotazione ospedaliera di cui alla dgr n. 2122 del 19 novembre 2013 e s.m.i., come riportato nell'**Allegato C**, parte integrante del presente provvedimento. Si incarica il Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria - LEA di provvedere, con proprio decreto, alla definizione delle modalità per il riconoscimento ai citati erogatori privati di quanto previsto con il presente atto, previa proposta di Azienda Zero.

Per quanto riguarda le prestazioni di radioterapia, per la peculiarità delle prestazioni medesime e per la particolarità dei pazienti cui sono rivolte, tenuto altresì conto del ruolo e delle funzioni posti in capo alla Rete Oncologica Veneta (istituita con dgr n. 2067 del 19 novembre 2013), si è ritenuto, anche a seguito di espressa richiesta da parte dell'ARIS, che la remunerazione di tali prestazioni, se appropriate e previa valutazione della ROV, erogate ai cittadini sia residenti nel Veneto che non residenti nel Veneto, non debba concorrere alla determinazione del tetto di spesa per l'assistenza ambulatoriale. Pertanto per la remunerazione, nei confronti degli erogatori privati cui la dgr n. 614/2019 assegna la specialità di "radioterapia" (Casa di Cura "Abano Terme polispecialistica e termale" e IRCCS Ospedale Classificato "Sacro Cuore Don Calabria") si dovrà fare riferimento al finanziamento assegnato ad Azienda Zero. Conseguentemente gli importi relativi alla remunerazione delle prestazioni di radioterapia dell'anno 2019 non sono stati inseriti nel tetto di spesa di cui all'**Allegato B** in quanto gli stessi importi hanno concorso al finanziamento complessivo assegnato ad Azienda Zero.

Si deve ora considerare che la sospensione dell'attività del Punto Nascita dell'Ospedale Donna-Bambino dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona a causa dell'infezione causata da Citrobacter, così come la trasformazione dell'Ospedale di Villafranca in Covid hospital a causa della pandemia da Covid-19 hanno comportato un notevole aumento del numero dei parti presso la Casa di Cura "Ospedale dott. Pederzoli" afferente all'Azienda Ulss 9 Scaligera. Conseguentemente, anche a seguito di espressa richiesta dell'AIOP, si è ritenuto che la remunerazione dei parti eccedenti al numero di parti effettuati nell'anno 2019 (n. 682 fonte Coordinamento regionale Malattie Rare - Registro Nascita flusso Cedap) non concorra alla determinazione del tetto di spesa dell'assistenza ospedaliera assegnato alla citata Casa di Cura e che per la loro remunerazione si dovrà fare riferimento al finanziamento assegnato ad Azienda Zero.

Si evidenzia, inoltre, che a seguito della pandemia causata da Covid-19, si è verificato un aumento del disagio psichico in età evolutiva non ancora ben precisabile, nei confronti del quale è opportuno porre particolare attenzione. Considerato che l'Ospedale Classificato Villa S. Giuliana, afferente all'Azienda Ulss 9 Scaligera, tratta in prevalenza giovani pazienti con disturbi del comportamento si è ritenuto di prevedere che le prestazioni eccedenti il tetto di spesa di cui all'**Allegato A** si dovrà fare riferimento al finanziamento assegnato ad Azienda Zero.

Proseguendo nelle precisazioni relative ai tetti di spesa di cui al presente atto, si rappresenta che, coerentemente con le azioni già poste in essere con la dgr n. 597/2017, gli ulteriori budget dedicati all'attività di alta complessità, all'attività di chirurgia oncologica (neoplasia maligna primaria, secondaria, in situ) e all'attività sia di medicina nucleare che di altra specialistica ambulatoriale purché correlate alla citata chirurgia oncologica, previsti dalla citata dgr n. 597/2017, sono stati inseriti nei tetti di spesa di cui agli **Allegati A e B**, secondo la ripartizione, tra assistenza ospedaliera e assistenza ambulatoriali, fatta dagli erogatori privati interessati nell'anno 2019 e che per maggiore chiarezza di seguito si riporta:

- Casa di Cura "Abano Terme polispecialistica e termale" afferente all'Azienda Ulss 6 Euganea: dei 5.000.000 di euro del budget dedicato, euro 3.000.000 sono stati aggiunti nel tetto di spesa per l'assistenza ospedaliera ed euro 2.000.000 nel tetto di spesa per l'assistenza ambulatoriale;
- Casa di Cura "Ospedale dott. Pederzoli" afferente all'Azienda Ulss 9 Scaligera: dei 5.000.000 di euro del budget dedicato, euro 5.000.000 sono stati aggiunti nel tetto di spesa per l'assistenza ospedaliera;
- IRCCS Ospedale Classificato "Sacro Cuore Don Calabria" afferente all'Azienda Ulss 9 Scaligera: dei 20.000.000 di euro del budget dedicato, euro 12.500.000 sono stati aggiunti nel tetto di spesa per l'assistenza ospedaliera ed euro 7.500.000 sono stati aggiunti nel tetto di spesa per l'assistenza ambulatoriale.

Questo in quanto si conferma che lo svolgimento delle attività in parola necessitano sia di un'appropriata erogazione delle prestazioni che di una adeguata tempestività nell'esecuzione delle stesse allo scopo di garantire la corretta presa in carico di questa particolare tipologia di pazienti. Si evidenzia, nel merito, che la legge regionale 30 dicembre 2016, n. 30, all'art. 38, comma 18, disciplina l'inserimento nella classe di priorità A degli interventi di chirurgia correlati al trattamento di una neoplasia maligna (primaria, secondaria, in situ).

In coerenza con le azioni già intraprese con la dgr n. 597/2017, si ritiene che per erogatori ospedalieri privati accreditati ai quali la dgr n. 614/2019 ha riconosciuto la funzione di "Accettazione e Pronto Soccorso" (Casa di Cura "Giovanni XXIII" afferente all'Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana, Casa di Cura "Santa Maria Maddalena" e Casa di Cura "Madonna della Salute" entrambe afferenti all'Azienda Ulss 5 Polesana, Casa di Cura "Abano Terme polispecialistica e termale" afferente all'Azienda Ulss 6

euganea, Casa di Cura "Ospedale dott. Pederzoli" ed IRCCS Ospedale Classificato "Sacro Cuore Don Calabria", entrambi afferenti all'Azienda Ulss 9 Scaligera), le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime di urgenza ed emergenza (pronto soccorso) per la definizione del quesito diagnostico, esclusivamente per i casi che non esitano in ricovero, non concorrono alla determinazione del tetto di spesa di cui all'**Allegato B** alla presente deliberazione.

Sempre in materia di attività svolta nei Pronto Soccorso, anche in considerazione dell'assegnazione *ex novo*, con dgr n. 614/2019, della funzione di "Accettazione e Pronto Soccorso" nei confronti degli erogatori Casa di Cura "Giovanni XXIII" afferente all'Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana e Casa di Cura "Santa Maria Maddalena" afferente all'Azienda Ulss 5 Polesana, con successivo provvedimento si provvederà alla revisione del relativo finanziamento a funzione.

I tetti di spesa per l'assistenza ambulatoriale, di cui all'**Allegato B**, come previsto fin dall'anno 2012 (dgr n. 832/2012 e s.m.i.), sono comprensivi della quota di compartecipazione alla spesa (c.d. *ticket*) incassata nel triennio 2021-2023. Quindi le quote di compartecipazione alla spesa introitate devono intendersi come mero acconto di pagamento che va recuperato sulla prima fatturazione utile.

Allo scopo di garantire la continuità assistenziale, soprattutto alla luce del contesto emergenziale che ha caratterizzato anche i primi mesi dell'anno 2021, è necessario che ciascun erogatore effettui un'adeguata programmazione della propria offerta sanitaria distribuendo la stessa, senza soluzione di continuità, nell'arco dell'intero anno. Non si ritiene opportuno, considerata la particolarità del contesto epidemico, procedere con l'assegnazione e la liquidazione mensile (in dodicesimi) ed in tal senso si prende atto di quanto già comunicato alle Aziende Ulss, per l'anno 2021, con nota della Direzione Programmazione Sanitaria - LEA prot. n. 245018 del 28 maggio 2021.

La possibilità di beneficiare, da parte degli erogatori privati, per gli anni 2021, 2022 e 2023, del trasferimento di:

- quota finanziaria del tetto di spesa per l'assistenza ospedaliera non utilizzato, in aggiunta al tetto di spesa per l'assistenza ambulatoriale dell'anno in corso
- quota finanziaria del tetto di spesa per l'assistenza ambulatoriale non utilizzato, in aggiunta al tetto di spesa per l'assistenza ospedaliera dell'anno in corso
- all'interno del tetto di spesa per l'assistenza ambulatoriale, della quota finanziaria di una macroarea non utilizzata, in aggiunta alla quota finanziaria di un'altra macroarea dell'anno in corso

previa valutazione dell'Azienda Ulss di ubicazione territoriale, deve essere autorizzata dall'Azienda medesima e comunicata alla Direzione Programmazione Sanitaria - LEA e ad Azienda Zero; questo in quanto tali spostamenti non generano un aumento della spesa complessiva per l'acquisto di prestazioni da privato accreditato - spesa per la quale l'Amministrazione regionale ha l'obbligo del rispetto del vincolo normativo innanzi richiamato - e consente una più adeguata capacità di dare positivo riscontro al fabbisogno di prestazioni sanitarie che possono emergere nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda Ulss. Rimane in capo all'Azienda Ulss di ubicazione territoriale la possibilità di richiedere, essa stessa, agli erogatori privati gli spostamenti sopra riportati. I tetti di spesa risultanti da tali trasferimenti costituiranno i nuovi tetti di spesa di riferimento dell'erogatore privato.

Merita ora porre attenzione all'attività ospedaliera e ambulatoriale nei confronti di cittadini non residenti nel Veneto. Con dgr n. 1816 del 15 novembre 2016 e s.m.i. sono stati approvati i criteri e la determinazione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera erogata nei confronti dei cittadini non residenti nel Veneto. La dgr stabilisce che, per la remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero erogate ai cittadini non residenti nel Veneto dagli erogatori ospedalieri privati accreditati, il tetto massimo e non superabile per ciascun erogatore sia determinato operando sull'importo consuntivato dell'anno 2011 una riduzione del 2%, nel rispetto di quanto disposto dalla legge 28 dicembre 2015, n. 208, articolo 1, comma 574; stabilisce, inoltre, che alcune prestazioni, espressamente indicate, non concorrano alla determinazione del tetto di spesa.

Come sopra già riportato l'art. 45, comma 1-ter, del decreto legge n. 124/2019 ha stabilito che a decorrere dall'anno 2020, il limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto legge n.95/2012 sia rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale.

Inoltre, l'art. 15, comma 14, del d.l. n. 95/2012, così come successivamente modificato dall'art. 1, comma 574, lett. a) e b), l. 28 dicembre 2015, n. 208, dispone che non sono soggette ai limiti di spesa previsti dal medesimo art. 15, comma 14, le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché le prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in altre regioni.

Pertanto, a parziale modifica di quanto disposto con la dgr n. 1816/2016, si ritiene che le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché le prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini non residenti nel Veneto non concorrano alla determinazione del tetto di spesa.

Si incarica, quindi, l'Azienda Ulss di ubicazione territoriale di assegnare a ciascun erogatore, nel rispetto di quanto disposto dal citato articolo 45, il tetto di spesa per l'attività da erogare nei confronti dei cittadini non residenti nel Veneto. Si incaricano, altresì, le Aziende Ulss di comunicare i tetti di spesa assegnati alla Direzione Programmazione Sanitaria - LEA e ad Azienda Zero anche al fine della verifica del rispetto del limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto legge n. 95/2012.

Si conferma che, per garantire l'ottimale organizzazione dell'offerta sanitaria locale, si dà mandato al Direttore generale dell'Azienda Ulss di ubicazione territoriale di assegnare una quota del tetto di spesa di cui all'**Allegato A**, pari al 25% dello stesso, finalizzata, attraverso l'individuazione di specifiche prestazioni, alla riduzione dei tempi di attesa. Il rifiuto da parte dell'erogatore all'effettuazione delle specifiche prestazioni comporterà la impossibilità dello stesso di poter utilizzare tale quota. Conseguentemente il tetto di spesa risultante da tale detrazione costituirà il nuovo tetto di spesa di riferimento per l'erogatore.

Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale l'Azienda Ulss di riferimento territoriale e l'erogatore privato devono concordare la tipologia e il numero di prestazioni, ed eventualmente la relativa tempistica, nella misura non inferiore al 60% del tetto di spesa assegnato ed indicato nell'**Allegato B**, tenendo conto della tipologia e del numero di prestazioni normalmente erogate dalla struttura interessata e della potenzialità erogativa della stessa.

Nel caso in cui l'erogatore si sottragga alla contrattazione del tetto di spesa, l'originario tetto di spesa assegnato ed indicato nell'**Allegato B** verrà decurtato del 30%.

Si conferma, che la completa integrazione, tramite il Centro Unico di Prenotazione (CUP) dell'Azienda Ulss di ubicazione territoriale, delle agende relativamente alle prestazioni ambulatoriali e la completa integrazione con la medesima Azienda Ulss delle agende relativamente alle prestazioni di ricovero - con esclusione degli erogatori che effettuano prestazioni di terapia psichiatrica - è vincolante al fine dell'utilizzo, da parte di ciascun singolo erogatore privato, dei tetti di spesa di cui agli **Allegati A e B**.

Il tempo di pagamento delle prestazioni erogate previsto è di 60 giorni dal ricevimento della fattura.

Si conferma, infine, che gli erogatori privati debbano concorrere obbligatoriamente alla distribuzione diretta di farmaci - ai sensi della legge n. 405/2001-, secondo le modalità operative da concordare con le Aziende Ulss di ubicazione territoriale, tenuto conto dei limiti di costo assegnati agli Enti del SSR in materia di beni sanitari annualmente emanati con specifici decreti del Direttore Generale Area Sanità e Sociale.

Inoltre si conferma per gli erogatori privati l'obbligo di integrazione con il sistema regionale "fascicolo sanitario" per quanto concerne i processi di alimentazione dello stesso con la documentazione prodotta in tutti i regimi erogativi. Si richiede inoltre l'adeguamento degli applicativi in uso agli erogatori privati accreditati in modo da potersi interfacciare con i sistemi CUP aziendali secondo gli standard redatti nell'ambito del progetto SIO.

Come condiviso anche le Associazioni di categoria AIOP ed ARIS, si rappresenta che quanto disposto finora dal presente atto in merito alla determinazione dei tetti di spesa decorre dal 1 gennaio 2021 e fino al 31 dicembre 2023. La decorrenza dal 1 gennaio 2021 garantisce una maggiore certezza di spesa sia per l'Amministrazione regionale che per gli erogatori privati e permette di non aggravare ulteriormente il procedimento amministrativo in capo alle Aziende Ulss di ubicazione territoriale.

Inoltre, al fine di assicurare agli erogatori privati la possibilità di programmare la propria attività senza soluzione di continuità, nell'ipotesi di non approvazione, entro il 31 dicembre 2023, della delibera della Giunta Regionale per la determinazione dei tetti di spesa per il periodo successivo, si intende provvisoriamente prorogato il presente provvedimento fino all'adozione della nuova deliberazione. I tetti di spesa per ogni mese di "*vacatio*" saranno pari ad un dodicesimo dei tetti di spesa assegnati all'erogatore privato con il presente atto.

A far data dal 1 luglio 2021 cessano le quote "extra budget" assegnate agli erogatori ospedalieri privati accreditati con le deliberazioni n. 1268 del 3 settembre 2019, n. 211 del 18 febbraio 2020 e n. 931 del 09 luglio 2020.

Le eventuali modifiche dei tetti di spesa, che devono avvenire nel rispetto delle disposizioni di cui al presente atto, per l'assistenza ospedaliera, per l'assistenza ambulatoriale e per quest'ultima anche all'interno delle macroaree, così come l'eventuale partecipazione al progetto aziendale per il recupero delle prestazioni non erogate a causa dell'emergenza pandemica comportano l'aggiornamento dell'accordo contrattuale.

Si rappresenta, infine, che in materia di determinazione dei tetti di spesa sono state sentite le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative dei soggetti erogatori privati, AIOP ed ARIS, e, su richiesta di parte, anche Confindustria Sanità, per ultimo in data 6 maggio 2021.

Si dà atto che gli oneri di cui al presente provvedimento trovano copertura finanziaria nell'ambito delle quote provenienti dalla ripartizione delle risorse del Fondo Sanitario Regionale che saranno assegnate alle corrispondenti Aziende sanitarie a titolo di finanziamento indistinto per l'erogazione dei LEA in ciascuno degli esercizi 2021, 2022 e 2023, con appositi provvedimenti della Giunta Regionale. Tali finanziamenti saranno erogati attraverso l'Azienda Zero di cui alla legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19.

Spetta all'Azienda Ulss di ubicazione territoriale il compito di effettuare il controllo sull'appropriatezza dell'attività secondo quanto disposto in materia dalla DGR n. 2022 del 28 dicembre 2018.

Si incarica Azienda Zero di verificare il trend di spesa nel rispetto del limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95. Tale verifica consentirà all'Amministrazione regionale di porre in essere eventuali azioni correttive.

Azienda Zero è altresì incaricata della verifica della sottoscrizione dell'accordo contrattuale tra Azienda Ulss ed erogatore privato e del monitoraggio dell'attività di ciascun erogatore privato.

Inoltre, si richiamo le disposizioni vigenti in materia di valori minimi di riferimento per il personale, il cui rispetto è requisito di mantenimento dell'accreditamento istituzionale, pena la decadenza di quest'ultimo

Infine, si rinvia ad un successivo provvedimento di procedere all'aggiornamento dello schema di accordo contrattuale, di cui all'art. 17, comma 3, della legge regionale 16 agosto 2002, n. 22, approvato per ultimo con la dgr n. 2170 del 29 dicembre 2017.

Si dà atto, altresì, che gli oneri di cui al presente provvedimento non rientrano nelle tipologie soggette a limitazioni ai sensi della l.r. n. 1/2011.

Si incarica il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale a provvedere, con proprio atto, alla correzione di eventuali errori materiali.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTO l'articolo 8 *quinquies* e *sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 2002, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il decreto legge 25 giugno 2008, n. 112 "Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria", convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, l. 6 agosto 2008, n. 133;

VISTO il decreto legge 6 luglio 2011, n. 98 "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria", convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, l. 15 luglio 2011, n. 111;

VISTO il decreto legge 13 agosto 2011, n. 138 "Ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo", convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, l. 14 settembre 2011, n. 148;

VISTA la legge 28 dicembre 2015, n. 208 ;

VISTO il decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

VISTO il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario", convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, l. 7 agosto 2012, n. 135 ed in particolare l'art 15, comma 14, così come modificato, per la rideterminazione del limite di spesa di cui al primo periodo del citato comma, a decorrere dall'anno 2020, dall'art. 45, comma 1-ter, del d.l. 26 ottobre 2019, n. 124, convertito, con modificazioni, dalla l. 19 dicembre 2019, n. 157;

VISTO il decreto legge 19 giugno 2015, n. 78 "Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali", convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, l. 6 agosto 2015, n. 125;

VISTA la legge 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge di stabilità 2016);

VISTO il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

VISTO il "Nuovo patto della salute per gli anni 2014-2016" (atto rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014);

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente la manovra sul settore sanitario (atto rep n. 113/CSR del 2 luglio 2015);

VISTO il "Nuovo patto della salute per gli anni 2019-2021" (atto rep. n. 209/CSR del 18 dicembre 2019);

VISTO il Piano Socio Sanitario 2019-2023 approvato con legge regionale 28 dicembre 2018, n. 48;

VISTA la legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19;

VISTA la legge regionale 30 dicembre 2016, n. 30, art. 38;

VISTA la deliberazione n. 1805 del 8 novembre 2011 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la deliberazione n. 2170 del 29 dicembre 2017;

VISTA la deliberazione n. 614 del 19 maggio 2019;

VISTO il decreto dell'allora Segretario Regionale Sanità e Sociale (ora Direttore Generale Area Sanità e Sociale) n. 47 del 22 maggio 2013 e s.m.i.;

VISTO l'articolo 2, comma 2, della Legge Regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

delibera

1. di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
2. di approvare, secondo quanto in premessa esposto e sulla base delle motivazioni in essa esplicitate, i criteri e la determinazione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera e per l'assistenza specialistica ambulatoriale erogata, nei confronti dei cittadini sia residenti nel Veneto che non residenti in Veneto, dagli erogatori ospedalieri privati accreditati per gli anni 2021-2022-2023;
3. di approvare i tetti di spesa per gli anni 2021-2022-2023 di ciascun erogatore ospedaliero privato accreditato, che rappresentano i tetti finanziari massimi attribuiti e non superabili per l'erogazione di prestazioni nei confronti di cittadini residenti nel Veneto, di cui agli **Allegati A e B**, parti integranti del presente provvedimento,
4. di stabilire che le disposizioni di cui al presente atto decorrono dal 1 gennaio 2021 e fino al 31 dicembre 2023, fatta eccezione per quanto riguarda l'assegnazione delle quote "extra budget" di cui al punto 5.;
5. di disporre che a far data dal 1 luglio 2021 cessano le quote "extra budget" assegnate agli erogatori ospedalieri privati accreditati con le deliberazioni n. 1268 del 3 settembre 2019, n. 211 del 18 febbraio 2020 e n. 931 del 9 luglio 2020;
6. di rinviare a successivo provvedimento l'approvazione dello schema tipo di accordo contrattuale, che dovrà essere sottoscritto dal legale rappresentante dell'erogatore ospedaliero privato accreditato e dal direttore generale dell'Azienda Ulss di ubicazione territoriale;
7. di prendere atto dell'incremento dei posti letto di "Recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56)" previsto dalla dgr n. 614/2019 rispetto a quelli indicati nelle precedenti schede di dotazione ospedaliera di cui alla dgr n. 2122/2013 e s.m.i, così come riportato nell'**Allegato C**, parte integrante del presente atto;
8. di dare atto che gli oneri di cui al presente provvedimento trovano copertura finanziaria nell'ambito delle quote provenienti dalla ripartizione delle risorse del Fondo Sanitario Regionale che saranno assegnate alle corrispondenti Aziende sanitarie, a titolo di finanziamento indistinto per l'erogazione dei LEA, in ciascuno degli esercizi 2021, 2022 e 2023, con appositi provvedimenti della Giunta Regionale. Tali finanziamenti saranno erogati attraverso l'Azienda Zero di cui alla legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19;
9. di assegnare ad Azienda Zero un finanziamento dedicato alla remunerazione dell'attività degli erogatori privati, nel rispetto del limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto legge n. 95/2012, pari

complessivamente ad euro 32.000.000,00 e vincolato a quanto riportato in premessa.

10. di dare atto che gli oneri di cui al presente provvedimento non rientrano nelle tipologie soggette a limitazioni ai sensi della L.R. n. 1/2011;
11. la Direzione Programmazione Sanitaria - LEA è incaricata dell'esecuzione del presente atto;
12. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.